مكتب الإنماء الاجتماعي

الحلقة النقاشية الخامسة





دولة الكويت
الديوان الأميرى
مكتب الإنماء الاجتماعى

الحلقة النقاشية الخامسة

الخدمة الاستشارية الهاتفية

ديسمبر ١٩٩٣م

طبع ذات السلاسل. تلفون: ٢٤٦٦٢٦٦ / ٢٤٦٦٢٥٥ ص ب:: ١٢-١٤


بسم الله الرحمن الرحيم



حضرة صاحب السمو الشيخ
جابر الأحمد الجابر الصباح
أمير دولة الكويت



سمو الشيخ
سعد العبدالله السالم الصباح
ولي العهد رئيس مجلس الوزراء

المحتويات

الصفحة

كلمة معالي وزير شئون الديوان الأميري
الشيخ ناصر محمد الأحمد الصباح

مواصلة لمسيرة البحث النفسى والإرشادى بمكتب الإنماء الاجتماعى، عقد المكتب هذه الحلقة لمناقشة موضوع الخدمة الاستشارية الهاتفية لتكون دفعة قوية وعلامة بارزة على مسيرته الإنسانية التى أولاها حضرة صاحب السمو أمير البلاد حفظه الله ورعاه جُل اهتمامه وكريم رعايته.

وإنها لرسالة سامية ينبغى أن يؤديها البحث العلمى إذا ما تحول من الشكلية إلى الموضوعية ومن الإحصائية إلى التحليلية الاستقرائية، ومن المخاطرة إلى التخطيط، وهى رسالة يؤكدها المكتب؛ فهو لا يريد أن يكون البحث نظرياً منقطعاً عن الواقع متلفعاً بألفاف من الغموض تلغى نتائجه وتنال من فاعليته.

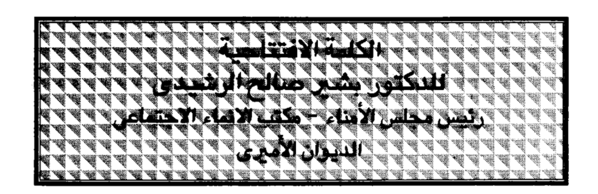
إن الخدمة الاستشارية عن طريق الهاتف خدمة متميزة وفاعلة ينطلق المكتب لوضعها موضع التنفيذ لخدمة الأشخاص والأسر المتضررة فى مستويات عمرية مختلفة ممن يواجهون صعوبة أو مشكلات أو أزمات، تتنوع معها الخدمة المهنية المقدمة لهذه الحالات من حيث أهدافها وأشكالها ومستوياتها، من الاستدعاء عن طريق الهاتف إلى سائر الخدمات المتاحة والميسورة والمنتظمة على مدار الساعة.

لقد تطورت هذه الخدمة فى الخارج منذ الخمسينيات وأثبتت فاعليتها فى التدخل الوقائى لكثير من الحالات المتضررة أو المهددة بالانهيار، ولكن هذه الخدمة لم تجد مكانها فى عالمنا العربى. إنها خدمة رائدة وهى أول مشروع من نوعه فى المنطقة.

لقد طرحت فى الحلقة عشرة بحوث لأساتذة ومتخصصين بالجامعات العربية والأجنبية، تناولت الخدمة الهاتفية من جوانبها المختلفة، وتوصل الباحثون إلى الركائز الأساسية فى تقديم الخدمة وفى تكاملها، والتعرف إلى مقوماتها الأساسية، والاستراتيجية الإرشادية المناسبة لتقديمها بما يتوافق مع طبيعة وقيم المجتمع الكويتى.

إن تطور التقنيات الحديثة المستخدمة فى الاتصال اللغوى، واستخدام الهواتف المتنقلة أو المرئية - فى وقتٍ لاحق - وإمكانية اقتنائها فى الكويت ستتيح تحقيق تعاملات أكثر سرية فى علاج حالات المتضررين من العدوان العراقى، وتيسر تكرار الخدمة دون إرهاق الموجه، ودون جرح لإحساس العميل، إذ يتاح له الاحتفاظ بسرية شخصيته ومشكلاته.

وسيكرس مكتب الإنماء الاجتماعى كل جهوده وإمكاناته المتاحة، لإعداد وتوفير المتطلبات التى تيسر تقديم هذه الخدمة المجانية المتميزة على أكمل وجه فى القريب العاجل.



بسم الله الرحمن الرحيم

أرحب بكافة الوفود، وأود أن يكون هذا البحث عملياً أكثر من كونه بحثاً نظرياً. إننا نواجه فى مكتب الإنماء الاجتماعى مسؤولية كبيرة تتجسد فى بناء الإنسان الذى تضرر من جراء العدوان الغاشم. وإنها لمهمة صعبة وعسيرة، وقد أثبتت ذلك التجارب منذ عام.

إن الكلام فى إعادة البناء سهل، لكنه عسير التطبيق، ولهذا لجأنا إلى العلماء لنستعين بهم فيما نواجهه من أزمة فى معالجة هذا الإنسان، ونقدمه اليوم فى حلقة نقاشية حول تقديم الخدمة الاستشارية الهاتفية، ليس من باب التقليد للآخرين، وإنما هى حاجة نشأت من خلال التعامل اليومى مع هؤلاء الناس الذين لا يريدون أن يأتوا إلى مكتب الاستشارات وإظهار أسمائهم، لكن الحاجة ماسة والضرر كبير.

إن الخدمة الاستشارية عن طريق الهاتف التى نريد بحثها من خلال الحوار العلمى بين هؤلاء العلماء الذين حضروا إنما هى إضافة لنا لكى نبصر طريقنا، ولكى تكون ممارساتنا ممارسات عملية، وليست فقط إعلانية أو دعائية. وإذا كانت

هذه الخدمة قد تطـورت تطوراً ملحـوظاً فى الخارج، إلا أن هذه الخدمة لم تجـد طريقها إلى عـالمنا العـربى إلا فى السنـوات الأخيرة.

إن تطور التقنيات الحديثة فى الأجهزة متعـددة الاتصـالات تتيـح ربط الموجه والمنـادى جنبـاً إلى جنـب لتحقيـق العلاج المناسب.

والسلام عليكم ورحمة الله وبركـاته.



لقد أدركت القيادة الحكيمة للكويت البلد الآمن، أن إعادة بناء مجتمعه لا يكتمل بإصلاح مظاهر الحياة المادية والعمرانية وإصلاح مرافقها، وإنما يكتمل البناء وتزدهر الحياة بإعادة بناء ما هدمه المعتدى العراق على أرض الكويت الطاهرة فى الذات والنفس وما ألحقه بها من ضرر نفسى واجتماعى، فجاءت بادرة كريمة من حضرة صاحب السمو أمير البلاد -حفظه الله- بعد أن شمل برعايته أسر الشهداء ، ليشمل كذلك فئة من أبنائه ممن أوذوا نفسياً أو إجتماعياً بسبب العدوان العراق الآثم، وأصدر سموه - رعاه الله - فى 19 من شوال 1412هـ، الموافق 21 من إبريل 1992 المرسوم رقم (92/63) بإنشاء مكتب الإنماء الإجتماعى.

رسالة المكتب:

تجميع الجهود وحشد الإمكانيات المادية والفنية للعمل على معالجة الآثار النفسية والإجتماعية التى خلفها العدوان العراق الغاشم، وإعادة تأهيل الذات الكويتية لتصبح آمنة مطمئنة تمارس دورها الطبيعى فى إنماء مجتمعها وإكمال مسيرة البناء فيه.

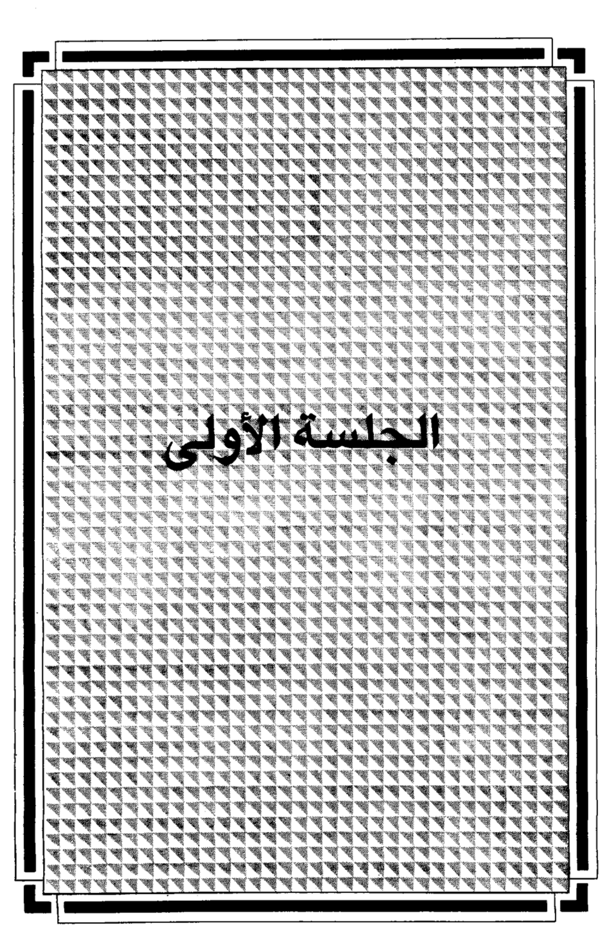
ويعتبر مكتب الإنماء الإجتماعى الصرح العلمى الفريد من نوعه فى الوطن العربى، ومتميزاً عن مراكز البحوث والهيئات المهتمة بأزمات الكوارث والحروب فى الخارج بما توفر لديه من إمكانيات وطموحات.

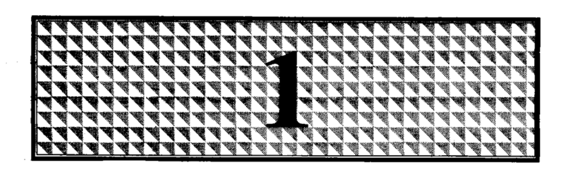
ويقدم المكتب خدمة إستشارية علمية مجانية إنسانية متميزة فى مجال

إزالة آثار العدوان العراقي على الذات الكويتية، وهي خدمة تُقَدَم على أيدي نُخبة مرموقة من المتخصصين في المجالات الاستشارية النفسية والاجتماعية والتربوية، على أسس علمية وحضارية تتناسب مع طبيعة الحياة في المجتمع الكويتي وظروفه.

1- إجراء مسح واستقصاء لاكتشاف الحالات التي تعرضت للاعتداءات.
2- تصنيف تلك الحالات حسب نوع الاعتداء والآثار الناتجة عنه سواء أكانت جسدية أم نفسية أم اجتماعية.
3- متابعة ما يتم في علاج الحالات بأحدث الطرق العلمية وبما يتناسب مع خصوصية المشكلة وحساسيتها.
4- متابعة دراسة العناصر المحيطة بالحالة سواء أكانوا أفراداً في الأسرة أم من ذوي القربى، وتحديد الآثار المترتبة على الحدث ومعالجتها.
5- الاشراف على اعادة تأهيل الحالات الخاصة الناتجة عن آثار خلفها العدوان.
6- القيام بالدراسات والبحوث المرتبطة بالنواحي النفسية والتربوية والاجتماعية.
7- اعداد البرامج الاعلامية ذات الارتباط بالنواحي النفسية والاجتماعية والتربوية.
8- تقديم المشورة العلمية للهيئات والمؤسسات العاملة في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية والتي تتصدى لهذه المشكلة.

ولما كانت هذه التنمية لا ترتبط إلا بمزيد من التنمية، فمعنى هذا أن دور مكتب الإنماء الإجتماعي في علاج وتأهيل وإنماء الذات الكويتية، عملية نمو مستمرة، ودوره كذلك عملية تعرف على الظروف المحيطة بالفرد ومشكلاتها إبتغاء التوصل إلى مستقبل أحسن بالقياس للفرد والأسرة والمجتمع على حدٍ سواء، كي يكون دور مكتب الإنماء حياة ونمواً، ومهمته الأساسية المحافظة على الذات، ولا يعني ذلك بقاؤها حية بل بقاؤها نامية متطورة.


الجلسة الأولى



"الخط الساخن"
شبكة وطنية فى نظم توزيع خدمات مكتب الإنماء الاجتماعى بدولة الكويت

رئيس الجلسة : أ. عبدالعزيز الصرعاوى

المتحدث الرئيسى : أ.د. طلعت منصور

البحث

تنطوى الأزمات وضغوط ما بعد الأزمات على تأثيرات متعددة وشاملة سواء فى مداها أو فى عمقها أو فى استمرارها؛ فهذه الآثار تمتد إلى قطاعات كبيرة من المجتمع ومن المؤسسات الاجتماعية، بل إنها قد تشمل المجتمع كله بمناخ عام من التوتر والقلق، كما تؤثر الصدمات وضغوط ما بعد الصدمات فى الأفراد بدرجات مختلفة من الشدة تتباين على "متصل" يتراوح ما بين اضطرابات خفيفة إلى اضطرابات حادة فى "التوظيف النفسى" للفرد وفى فعالياته فى الحياة، إضافة إلى احتمالات استمرارية تأثير هذه الصدمية

الذى قد يمتد إلى الأجيال التالية كآثار بعيدة المدى، وكما يتكشف ذلك من تجارب دول عديدة فى هذا الشأن.

وينطبق ذلك على تلك الحالة من "الصدمية" Traumatization الشاملة والعميقة والممتدة، التى نجمت عن العدوان العراقى الغاشم على دولة الكويت، وحيث يمثل هذا العدوان نموذجاً أو طرازاً أصلياً Prototype للأزمات ولضغوط ما بعد الصدمات PTS. ولذا يؤكد الخبراء ضرورة العمل الوطنى المنظم الموجه لمواجهة الأزمات وآثارها فى إطار شبكة من نظم توزيع الخدمات Service Delivery Systems Network تنشط بفاعلية لاحتواء آثار تلك "الصدمة".

وفى هذا النسق تتأتى الجدوى من "حركة الإرشاد عن طريق الهاتف" Telephone Counseling Movement أو ما يُعرف غالباً بالخط الساخن Hotline كاستراتيجية متميزة وفعالة وميسورة فى نظم توزيع خدمات "مكتب الإنماء الاجتماعى" بدولة الكويت للأشخاص وللأسر، وفى المستويات العمرية المختلفة ممن يواجهون صعوبات أو مشكلات أو أزمات تتنوع معها أهداف وأشكال ومستويات الخدمات المهنية المقدمة لهذه الحالات من الاستدعاء عن طريق الهاتف، وهى خدمات متاحة وميسورة ومنظمة فى سياق الأربع والعشرين ساعة يومياً.

وإذا كانت هذه الحركة قد تطورت وبشكل سريع ومتنوع فى أمريكا وأوربا منذ الخمسينيات، وتأكدت فاعليتها فى التدخل الوقائى لكثير من الحالات المنذرة بالتصدع والانهيار، فإن هذا النوع من نظم توزيع الخدمات لم يجد طريقه بعد إلى عالمنا العربى .. مما تتأكد معه مبادرة "مكتب الإنماء الاجتماعى" كريادة حضارية للكويت فى هذا المجال.

وترتكز التجارب والخبرات العالمية فى إدخال نظم وإنشاء مراكز الإرشاد عن طريق الهاتف أو الخط الساخن على عدد

من التوجهات فى تقديم "خدمات المساعدة" فى المجتمع المعاصر، من أبرزها:

1- حركة الصحة النفسية المجتمعية.

2- التدخل فى الأزمات وفى معالجة ضغوط ما بعد الأزمات.

3- نظم توزيع الخدمات.

وفيما يلى نتناول هذه التوجهات، ثم نعرض فى ضوئها لنموذج مقترح لتقديم خدمات الاستشارة الهاتفية التى يتولى ريادتها "مكتب الإنماء الاجتماعى" فى الكويت.

(1)
حركة الصحة النفسية المجتمعية

إن قضايا الصحة النفسية ومشكلاتها فى المجتمع المعاصر متشعبة ومعقدة وعميقة. ولهذا يتنامى السعى من أجل تخفيض معدلات إهدار الفاعلية الإنسانية، ويشتد الكفاح ضد أشكال الشقاء الإنسانى ومنابعه تحقيقاً لنظام للصحة النفسية Mental Health Order فى الحاضر والمستقبل يكون أكثر كفاءة فى استيعاب قضايا الصحة النفسية ومشكلاتها فى المجتمع المعاصر، وفى تلبية حاجات الفرد والجماعات الاجتماعية من خدمات الصحة النفسية وقاية وإرشاداً وعلاجاً وإنماءً.

لقد تطورت حركة الصحة النفسية Mental Health Movement من مجرد تقديم خدمة أو مساعدة فردية فى الأساس ومحدودة بأماكن تقليدية لتقديم تلك الخدمات والمساعدات كالعيادات النفسية أو مكاتب ومراكز التوجيه والإرشاد أو المستشفيات واتخذ هذا التطور توجهاً أكثر اتساعاً وتعميماً ليشمل قطاعات كبيرة من المجتمع وليتعامل مع عديد من مشكلات الصحة النفسية، كما أن هذا التطور قد اتخذ وجهة نفعية عملية لتحقيق أكبر قدر ممكن من الفائدة باستخدام أساليب وتقنيات وفنيات فعالة وغير تقليدية فى تقديم خدمات المساعدة.

تلك هى حركة الصحة النفسية المجتمعية Community Mental

Health التى صارت جانباً أساسياً فى كل سياسات واستراتيجيات وخطط الإنماء فى المجتمع، فمفاهيم ومبادىء وممارسات الصحة النفسية كعلم وكفن، قد صارت مع هذا التطور لا تقتصر على "خدمة الفرد" فحسب، ولكن "خدمة المجتمع" أيضاً، وحيث لم يعد هناك مجال لإغفال قضايا ومشكلات الصحة النفسية - وقاية وعلاجاً وإنماءً - على المستوى المجتمعى، بل ولقد صار الاهتمام بقضايا ومشكلات الصحة النفسية دالة لكفاءة المجتمعات فى تحقيق أهدافها من الإنماء الذى يضع الإنسان فى مقدمة أولويات اهتماماته.

وفى ظروف الأزمات وآثارها من ضغوط ما بعد الصدمة PTS وتصاعد ضغوط الحياة ومتطلباتها من الفرد والمجتمع، تتنامى وبالضرورة الحاجة إلى "سياسة وطنية" لفاعلية تقديم خدمات الصحة النفسية المجتمعية، باعتبارها "مسئولية وطنية" تتناول قطاعات المجتمع المختلفة، وفى مواقعه المتعددة، وعلى مستوى الفرد والجماعات الاجتماعية.

هذه النقلة فى توجهات الصحة النفسية نحو المجتمع ومؤسساته الاجتماعية الأساسية يعكسها العديد من السياسات التى اتخذتها حكومات بعض الدول، بل قننتها فى تشريعاتها وقراراتها الرسمية. ففى الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، يمثل "مرسوم الصحة النفسية المجتمعية" Community Mental Health Act الذى أصدره الرئيس الأمريكى جون كينيدى فى عام ١٩٦٣م تطوراً كبيراً فى تقنين وتخطيط وتنشيط خدمات الصحة النفسية على المستوى المجتمعى. ويعلق "كابلان" Caplan (1964 ، ص: 3) على هذا التطور بأنه تأكيد رسمى على أن خدمات الصحة النفسية من حيث الوقاية والعلاج والتأهيل هى "مسئولية اجتماعية" وليست قضية أو مشكلة "خاصة". فهذا المرسوم قد وضع الأساس لشبكة شاملة لمراكز الصحة النفسية المجتمعية لتغطى كل المجتمع،

كما حقق لحركة الصحة النفسية مكانة جديرة بالاحترام فى المجتمع.

وفى الكويت، يمثل المرسوم الأميرى رقم 1992/63 نموذجاً لهذه السياسات الوطنية الذى يعكس تلك المبادرة الحضارية والإنسانية لدولة الكويت بإنشاء "مكتب الإنماء الاجتماعى"، وإلحاقه بأعلى مؤسسة فى الدولة وهى الديوان الأميرى، بغرض تجميع الجهود وحشد الإمكانات المادية والفنية للعمل على معالجة الآثار لتصبح آمنة مطمئنة تمارس دورها الطبيعى فى إنماء مجتمعها، وإكمال مسيرة البناء فيه. وهذه المبادرة لتعد فى مقدمة التجارب العالمية التى حققتها الكويت، والتى لم تنتبه إليها دول عديدة عانت من ويلات الحروب إلا بعد فترة متأخرة من الزمن.

(2)

التدخل فى الأزمات

وفى معالجة ضغوط ما بعد الأزمات تكشف الدراسات التى أجريت فى الخمسينيات حول آثار الحرب العالمية الثانية أن الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث الحرب يعانون فى الغالب من ظاهرة "إجهاد الكوارث" Disaster Fatigue وما تستدعيه من استنزاف للطاقات ومن تعطيل للكفاءات والمهارات عند هؤلاء الأشخاص، وهو ما تضمنه تقرير "الرابطة الأمريكية للطب النفسى" American Psychiatric Association فى عام ألف وتسعمائة وستة وخمسين. ومن نتائج الإجهاد النفسى حالة "الاستهداف" Suggestiblity أو "القابلية للانهيار Vulnerability عند التعرض لمؤثرات فى المجتمع لا يستطيعون التوافق معها. وقد أدى هذا التشخيص التنبؤى Prognosis لمثل هذه الحالات إلى قيام نظام علاجى جديد يتمركز على مفهوم "التوقع" Expectancy، أو ما يعرف بـ "العلاج المتمركز على التوقع" -Expectancy centered Therapy وهو ما يتطلب تعرفاً على المثيرات الباعثة على "توقع الخطر" عند الحالة، وهذا هو لب ظاهرة القلق. لذا يقوم هذا النظام العلاجى على

تقديم برامج لتقوية الأنا عند مثل هذه الحالات من ناحية، وعلى التدخل العلاجى المباشر لمساعدة الحالات التى واجهت أحداثاً قاسية من ناحية أخرى.

ومما ينبه إليه الخبراء فى علاج الأزمات "الآثار بعيدة المدى" للأزمات، حيث يتكشف عن أزمات ما بعد الحرب تأثيرات سالبة يتوقع أن تستمر لفترة طويلة فى الأفراد والمجتمعات - وتلك هى "اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة" Post-traumatic Stress Disorders "PTSD" والتى تتخذ درجات متباينة من اضطرابات توظيف الشخصية Personality disfunctioning كما يظهر فى أعراض متنوعة.

وعلى الرغم من أن العالم قد عاش خبرات متنوعة من مآسى الحروب والكوارث، إلا أن الباحثين لم يتنبهوا إلى الآثار بعيدة المدى لتلك الأزمات، حيث جنبت هذه الآثار الأشخاص الباقين على قيد الحياة فى ألمانيا بعد الحرب العالمية الثانية وفى أمريكا بعد حرب فيتنام (كلارك سليكىSlaikeu (1990:72-82).

ومن ناحية أخرى، فلقد نبه الخبراء منذ الخمسينيات إلى أن القصور فى معالجة آثار الأزمات وفى حل أزمات الحياة قد يؤدى إلى استمرار الإهدار النفسى، وإلى إحداث إصابات نفسية بعيدة المدى - وذلك ركن أساسى من أركان "نظرية الأزمة"، (جيرالد كابلان 1964, Caplan).

ومن هنا تتأكد - لا محالة - دواعى الصحة النفسية المجتمعية، خاصة فى "استراتيجيات التدخل فى الأزمات"، وهى الاستراتيجيات الوقائية، والاستراتيجيات الإرشادية/ العلاجية، والاستراتيجيات الإنمائية، تعنى "استراتيجيات التدخل فى الأزمات" (سليكى Slikeu, 1990: 6).

"عملية من تقديم العون والسند، تهدف إلى مساعدة الشخص و/ أو الأسرة والجماعات والمؤسسات

الاجتماعية فى معايشة حدث مأساوى باعث على الاضطراب (صدمة) لكى تقلل إلى أقل درجة ممكنة من احتمالية الآثار المنذرة بالانهيار (مثل الشروخ النفسية، والأذى الجسمى)، ولكى تزيد إلى أقصى درجة من إمكانات الإنماء (مثل المهارات الجديدة، نظرة جديدة إلى الحياة، خيارات أكثر فى الحياة".

تتضمن استراتيجيات التدخل فى الأزمات طورين أو مستويين من التدخل:

استراتيجيات التدخل من الدرجة الأولى:

First-order Intervention

يتمثل التدخل من الدرجة الأولى فى استراتيجيات "الإسعاف النفسى" Psychological First Aid. وتتحدد هذه الاستراتيجيات بالأشخاص والمصادر والمواد المتاحة فى تلك اللحظات أو الأوقات أو الظروف المباغتة والسريعة والمتلاحقة لتقديم العون السريع والسند الفورى بهدف "الإنقاذ"، من الحدث المأساوى ومترتباته.

استراتيجيات التدخل من الدرجة الثانية:

Second-order Intervention

وقوامها "علاج الأزمة" من خلال طرق وفنيات ملائمة من مدارس الإرشاد والعلاج النفسى.

ويؤلف هذان الطوران أو المستويان من التدخل ركنا "المواجهة الفعالة" للأزمة ولضغوط ما بعد الصدمة.

(3)
نُظُم توزيع الخدمات

تتأتى فعالية استراتيجيات "مواجهة الأزمة" و "علاج الأزمة" مما يعرف لدى الإخصائيين والخبراء فى إدارة الأزمات بـ "نُظُم توزيع الخدمات" Service Delivery System وهذا يُعد ركناً أساسياً من أركان الصحة النفسية المجتمعية فى مواجهة ضغوط ما بعد الصدمة.

إن الكثير من الأنظمة والهيئات الاجتماعية - بحكم أهدافها ومهامها وبما لديها من إمكانات وفعاليات - تستطيع أن تكون قوة مؤثرة وفعالة فى

مواجهة الأزمة وضغوط ما بعد الصدمة. ومن ثم يمكن استثمار فعالياتها فى "حركة الصحة النفسية المجتمعية" فى علاج الأزمة.

تتمثل استراتيجيات نظم توزيع الخدمات فى مواقع وأدوار ووظائف بعض الإخصائيين المهنيين وغير المهنيين مثل رجال الدين، ورجال القانون، والشرطة، ومراكز الطوارىء، وهيئات التمريض، والأطباء النفسيين، والإخصائيين الاجتماعيين، والمعلمين، ورؤساء ومديرى العمل، بل أيضاً نظم الاتصالات والمواصلات ونحو ذلك من نظم توزيع الخدمات وما تتضمنه من أعمال ووظائف متنوعة تشكل فى مجموعها وفى تكاملها "شبكة توزيع الخدمات" فى المجتمع.

ويتألف أى نظام لتوزيع الخدمات، سواء فى عيادة نفسية أو فى مركز أو مكتب للخدمة النفسية أو الاجتماعية أو التأهيلية أو فى خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف (الخط الساخن) أو فى غير ذلك من الخدمات الإنسانية، من المكونات الرئيسة التالية: (سليكى، 339-341 :1990).

أ) السياسة الإدارية:

Administrative Policy

وهى سياسة مقررة ومكتوبة عما يمكن عمله فى حالة وقوع أزمة. وهنا ينبغى أن يراعى أن يتضمن "التوصيف المهنى" Job Description للعاملين (من إخصائيين نفسيين واجتماعيين وأطباء نفسيين ومربين وضباط شرطة ومحامين وممرضات وغيرهم من الإخصائيين المهنيين Professionals والإخصائيين المساعدين Paraprofessionals خدمات التدخل فى مواجهة الأزمات، وتتضمن السياسة الإدارية نُظُم وأساليب وإجراءات إدارة العمل الإكلينيكى/ الإرشادى/ العلاجى/ التأهيلى، أى تنظيم وإدارة شبكة توزيع خدمات الصحة النفسية على المستوى المجتمعى.

ب) المصـــادر والتيسيرات المادية:

Physical Resources

يتطلـــب تنظيـــم وإدارة وتوزيع خدمـات الصحـة النفسيـة المجتمعيـة فى مراكزها ومؤسســاتها المعنيـــة توفيراً للمـواد والأدوات المادية والبيئيـة اللازمة لتقـديم تلك الخـدمات بكفاءة وفـاعلية، سواء توفير المكـان المنـاســب بالشروط والتجهيزات المناسبة أو مواد ومستلزمات العمل فى كل مراحله وعملياته.

ج) الهيئـة المدربة من العاملين:

Trained Personnel

وهـــى ذلـــك الفـــريق مـــن الخبراء والإخصائيين المهنيين والمساعدين الذين يعتمد عليهم العمل المهنى الفنى فى تقديم الخـدمات. وهنا، وكما يؤكـد الخبراء فى علاج الأزمـــات وآثار الأزمـــات، يكـــون إعداد هذا الفريق رهناً بتنظيـم وتقـديم برامـج التـدريب إلى الكفـاءات والمهـارات المهنيـــة للإخصـــائيين النفسيين والاجتمـاعيين وللمســاعدين المهنيين فى المستـويات المختلفـة مـن التـدخل بقـدر تنـوع وتعـدد خدمـات الصحـة النفسيـة ومستـوى تعقـدها، سـواء على المستـوى الفردى أو المستوى المجتمعى.

ويتضمـــن التـــدريب على الكفـاءات المهنيـــة للعـاملين فى مجـالات الخـــدمات المختلفـة والموزعة على فئات ومستـويات ومواضع المجتمع المختلفة:

* التدريب على البرامج والخطط العامة والنوعيات للخدمات.
* التـــدريب على أســـاليب وطـــرق وفنيـات العمـل المهنـى وأخلاقيـاته.
* التـدريب على استخـدام مجمـوعات "دليـل العمـل" فى الممـارسة المهنيـة لتقديم الخدمات النوعية.

لقـد تطـورت حركـة الإرشـاد عـن طريق الهاتف أو التـدخل فى الأزمـات عن طريق الهاتف تطـوراً سريعـاً مـن أواخر الخمسينيـات، حيـث بدأت هـذه الحـركة بمـركزين رئيسين وهمـا: "مــركز لـوس أنجليس للوقاية من الانتحار ولخـدمات

الأزمات"، فى كاليفورنيا Los Angles Suicide Prevention and Crisis Service و "مركز بافالو للوقاية من الانتحار ولخدمات الأزمات" فى نيويورك. والواقع أن مركز لوس أنجليس بصفة خاصة قد استطاع أن يطور وأن يوسع خدمات الإرشاد أو التدخل عن طريق الهاتف إلى الحد الذى صار نموذجاً وأساساً للتطور السريع لمراكز الإرشاد أو التدخل فى الأزمات عن طريق الهاتف فى كل أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية وكندا. ويعزى دور مركز لوس أنجليس إلى تطويره للبرامج المتنوعة لخدمات الإرشاد أو التدخل عن طريق الهاتف، وإلى إعداد فرق الممارسين لتلك الخدمات سواء من الإخصائيين أو من المتطوعين عن طريق برامج التدريب الموجه إلى تمكين هؤلاء الممارسين من المهارات المهنية للعمل فى هذه الخدمات. وتوضيح تقديرات مسح تلك المراكز فى أمريكا وكندا أنها قد وصلت فى عام 1980 إلى أكثر من خمسمائة مركز من المراكز الرئيسية والمعروفة، فى حين أنها كانت أقل من خمسين مركزاً فى عام 1965.

وبالإضافة إلى تزايد أعداد مراكز خدمات الإرشاد أو التدخل عن طريق الهاتف، كان هناك تطور واضح فى توسيع دائرة تلك الخدمات لتغطى مجالات عديدة من الخدمات وفئات متنوعة من الأشخاص الذين يبدون حاجة إلى مساعدة هذه المراكز، ويتمثل ذلك فى تقديم برامج جديدة لتلك الخدمات، وفى تزايد أدبيات الدراسة والبحث فى هذا النوع من الخدمات، وفى تقدير جدوى أو فعالية تلك الخدمات؛ ففى مسح للبحوث عن فاعلية الإرشاد عن طريق الهاتف، توصل "شتاين ولامبرت" Stein & Lambert (1984) إلى نتيجة توضح أن التوسع فى خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف وتوافرها يرتبط بجدوى تأثير تلك الخدمات، ومنها على سبيل المثال انخفاض معدلات حالات الانتحار عند الأشخاص الذين تلقوا تلك الخدمات.

وفى دراسة مسحية عن مراكز الأزمات وموقع خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف فيها (ماك كورد وباكوود McCord & Packwood (1973)، تبين أن 253 مركزاً رئيساً من مراكز الأزمات تقدم خدمات متنوعة، تحتل فيها خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف المرتبة الأولى، وحيث بلغت نسبة خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف 100% بالنسبة للخدمات الأخرى التى تقدمها هذه المراكز. أما أنماط الاستدعاءات الهاتفية فقد كانت بالترتيب التالى: مشكلات التعاطى والإدمان، مشكلات العلاقات الاجتماعية، مشكلات الحياة الأسرية، الاستشارة لمصادر الخدمات فى المجتمع، المشكلات الجنسية، التوافق الزواجى، المشاعر والمشكلات الانفعالية، الاكتئاب والانتحار، المشكلات التربوية والتعليمية، المشكلات القانونية.

نموذج مقترح
"*شبكة الاستشارات الهاتفية*"
نظام من نُظُم توزيع خدمات
"مكتب الإنماء الاجتماعى" فى الكويت

تأسيساً على المرسوم الأميرى رقم 1992/63 والخاص بإنشاء "مكتب الإنماء الاجتماعى" والتابع للديوان الأميرى،

وانطلاقاً من طبيعة المجتمع الكويتى وخصوصية تراثه الثقافى وهويته الحضارية،

واعتباراً للضرر الناجم عن مأساة العدوان العراقى الغاشم على الكويت كآثار متعددة، نفسية واجتماعية وتربوية، وعلى مستوى الفرد والأسرة والمجتمع، وتفاوتها فى عمقها ومداها كآثار قريبة المدى وبعيدة المدى - كانت معالجة تلك الآثار فى مقدمة أولويات العمل الوطنى،

وتواصلاً طبيعياً مع مسيرة الكويت الحضارية والإنسانية فى البناء والإنماء للوطن والمواطن،

وتبصراً بالتجارب والخبرات العالمية سواء تلك المتعلقة بمراكز معالجة الأزمات، أو بمراكز إنماء الإمكانات البشرية،

واستثماراً وظيفياً للأساليب والفنيات المتنوعة والفعالة فى مجالات

العمل الإرشادى لتحقيق رسالة "مكتب الإنماء الاجتماعى"؛

فإن إدخال خدمات "الاستشارة الهاتفية" أو الإرشاد عن طريق الهاتف فى الكويت إنما ينتظم فى نسق شبكة Networking تؤلف نظاماً من "نظم توزيع الخدمات" Service Delivery Systems التى تضمن فاعلية وديناميكية حركة "مكتب الإنماء الاجتماعى فى بعض نشاطاته وفعالياته" فى المجتمع الكويتى وكما رسمها المرسوم الأميرى.

وهذه الشبكة الوطنية لخدمة الاستشارة الهاتفية - بإثرائها بالإمكانات البشرية المدربة للعمل فيها وبالتيسيرات المادية والترتيبات الإدارية والعملية - لتتوافر لها من القدرة والفاعلية ما يمكنها أن تتغلغل فى نسيج المجتمع الكويتى لتشارك فى أن ترفأ بالمعالجة مواضع الضرر فيه، وأن تقيه بالوقاية من اتساع رقعة الخلل، وأن تبعث فى خلاياه حيوية وطاقة متجددة بالبناء والإنماء.

الأهداف:

تتحدد أهداف "الشبكة الوطنية للاستشارات الهاتفية" كنظام من نظم توزيع خدمات "مكتب الإنماء الاجتماعى" بالكويت على النحو التالى:

1- أهداف استراتيجية:

المشاركة فى المواجهة الوطنية لمعالجة الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية الناجمة عن العدوان العراقى الغاشم على دولة الكويت، احتواءً "لدائرة الضرر" فى اتساعها وشمولها للعناصر الثلاثة الأساسية التى حددها المرسوم الأميرى وهى: الفرد، والأسرة، والمجتمع، مما يتطلب تفكيراً وتدبيراً لنظم وطرق فنية ومهنية غير تقليدية تتوافر لها من الفاعلية ما يمكن معها أن تتسع لتغطى قطاعات كبيرة من هذه الدائرة بخدمات الاستشارة عن طريق نظم الهاتف.

2- أهداف وقائية:

تقديم المساعدة لتقوية الأفراد والأسر، تمكيناً لهم من مواجهة ضغوط ما بعد صدمة العدوان العراقى PTS أو

ضغـوط الحيـاة Life Stresses التـى يتعـرضون لهـا فى المواقـف والمعـاملات اليـومية، وحمـايةً لهـم مـن احتمـالات الاضطـراب أو الانهيـار إذا لـم يتلقـوا خدمات المساعدة التى تعزز قدرتهم على التحمل والمواجهة للضغوط.

3- أهـداف إرشـادية/ علاجيـة:

تقديم المساعدة للحالات التى تعانى من درجة حادة من الاضطراب، وذلك عن طريق التدخلات الإرشادية أو العلاجيـة المنـاسبة، تفـاعلاً مـع الإخصـائيين فى عمليات مهنية متخصصة من الإرشاد أو العلاج النفسى.

4- أهداف إنمائية:

تقـديم المشـورة والتـدريبات المتخصصـة من خلال الفنيـات المهنيـة فى اكتسـاب المهـارات والكفـاءات اللازمـة لإنمـائهم كـأفراد وكـأعضاء فى الأسرة والمجتمع.

المحتوى:

خطوط شبكة توزيع خدمات الاستشارة الهاتفية:

ينتظـم توزيع خدمـات الاستشـارة الهـاتفية فى نسـق شبكـة تتضمـن مجموعات متنوعة ومتكاملة من خطوط العمـل الإرشادى على الجبهات المختلفـة Frontlines مـن أجل تقـديم تلـك الخدمات.

وفى هـذا يتـأكـد أن "نظـام توزيع الخـدمات" هـو مـن التـوجهات الاستراتيجيـة الأسـاسية فى تقـديم "خدمـات المساعـدة" Helping Services لأبناء المجتمع الكويتى وفقـاً لعدة أسس:

1- الشمول:

أن يكـون توزيع الخـدمات شـاملاً:

أ) للأهـداف المنشـودة مـن نظـام "خدمـات الاستشـارة الهـاتفية".

ب) وللقطاعات الديموغرافية المختلفة فى المجتمع.

ج) وللمستـويات والفئـات العمـرية المختلفة من الطفولة إلى الشيخوخة.

د) وللجمـاعات الاجتمـاعية الأسـاسية (الأسرة).

هـ) وللمؤسسات الاجتماعية والتعليمية والثقافية.

و) وللفئات المتضررة من آثار العدوان العراقى الغاشم.

ز) وللمستويات المختلفة من الاضطراب والتأزم، أى ما بين حالات خفيفة ومتوسطة وشديدة، تتطلب بدورها مستويات مختلفة من التدخل.

2- التكامل:

أن يتم توزيع الخدمات على أساس من الترابط والتفاعل بلا تضارب أو تناقض بين وحدات ومدخلات شبكة الخدمات، وبين إجراءات وأساليب العمل والتنفيذ والمتابعة.

3- المرونة:

فمن المتوقع أن يتزايد الطلب وأن تتعدد الاحتياجات من "خدمة الاستشارة الهاتفية"، الأمر الذى يستلزم مرونة فى تقديم "خدمات المساعدة" للجمهور المستهدف تعزيزاً للثقة فى الجهاز القائم على هذه الخدمات .. ويعد تكوين فريق من "المتطوعين" أى الفريق غير الرسمى المساعد للفريق "الرسمى" خطوة كبيرة فى مرونة ويسر تقديم الخدمات على مدار الأربع والعشرين ساعة يومياً.

4- توزيع الخدمات وفقاً لنظام "الاستراتيجية التيسيرية" Facilitative Strategies

يؤكد الخبراء فى استراتيجيات التخطيط للتغير على "الاستراتيجيات التيسيرية(*)، أى استراتيجيات تيسير التغير والتحسن والإنماء، وهى استراتيجيات وظيفية وملائمة لاتساع دائرة الخدمات على مستوى الوطن، وحيث ترتكز فى العمل بها على ما يلى:

* أن جماعات الهدف توجد فى تعدد وتنوع فيما يتعلق بحاجاتها إلى الاستشارة أو المساعدة أو الخدمة.

* Zaltman G., & Duncan, R. Strategies for Planned Change. New York: John Wiley & Sons, 1977, pp. 59-181

* أن جماعات الهدف المراد مساعدتها وإنماؤها تعترف بالفعل بوجود صعوبة أو مشكلة وتدرك تلك الصعوبات أو المشكلات، أو قد تعبر عن حاجتها إلى التغير/ الإنماء سواء ما يتعلق بالذات "النمو الشخصي" أو بالآخرين "تربية الأبناء، التعامل مع الآخرين ...".
* أن جماعات الهدف تبدى رغبة عامة فى احتياجاتها إلى الخدمات الإنمائية فى أشكالها ومستوياتها المتباينة من الاستشارة أو الإرشاد أو العلاج أو الإنماء.
* أن جماعات الهدف تبدى استعداداً وانفتاحاً لتلقى المساعدة من خارجها، وللاستجابة للمثيرات الخارجية وتفاعلاً مع المؤثرات والخبرات الخارجية.
* أن جماعات الهدف تبدى رغبة فى العون الذاتى والتحسين الذاتى، أى تتصف بدافعية عالية للإنماء الذاتى.

وفيما يلى إطار لمكونات محتوى نظام توزيع الخدمات على خطوط شبكة الاستشارات الهاتفية. ويقوم هذا النموذج على أساس كل الاعتبارات والتوجهات السابقة التى عرضنا لها فى هذه الورقة، كما أنه يسترشد بنتائج بحوث علمية عن الجدوى أو الفاعلية من إدخال نظم الاستشارات الهاتفية أو الإرشاد عن طريق الهاتف. ومن هذه الدراسات، على سبيل المثال، دراسات أمريكية عن تطور وفاعلية خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف (هورنبلو، 1986، ب)، ودراسات مقارنة عن فاعلية الخدمات التى تقدمها بعض شبكات الاستشارة الهاتفية فى أمريكا وألمانيا (ولفرسدورف وآخرون Wolfersdorf et al. 1989) ودراسات فرنسية عن استخدام التليفون فى خدمات الصحة النفسية لحالات مختلفة وفى ظروف مختلفة، مع التأكيد على الدور التلقائى للإرشاد النفسى (موشينى 1989 Mouchenik, وغير ذلك من الدراسات الموجهة إلى تقدير فعالية وجدوى نظام

توزيع الخدمات الإرشادية عن طريق الهاتف.

وعليه، تتضمن مكونات محتوى نظام شبكة توزيع خدمات الاستشارة الهاتفية التى يقدمها "مكتب الانماء الاجتماعى" للمجتمع الكويتى، مجموعات الخطوط التالية:

1- مجموعة خطوط موجهة لتقديم المساعدة للمتضررين من آثار العدوان العراقى الغاشم.
2- مجموعة خطوط موجهة لتقديم خدمات الإرشاد للأشخاص فى مستويات عمرية مختلفة للأطفال والشباب وكبار السن، وفى مجالات التوافق الزواجى والتوافق فى العمل.
3- مجموعة خطوط موجهة لتقديم خدمات علاجية لحالات من الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية مثل حالات القلق والاكتئاب، والوحدة النفسية، والإدمان، والاضطرابات الجنسية، وأزمات الحياة.
4- مجموعة خطوط موجهة لتقديم خدمات الإنماء، كالفاعلية الوالدية، والإرشاد الأسرى، وإرشاد الشباب قبل الزواج، والإرشاد التعليمى والمهنى، وإنماء الذكاء والإبداع والإنجاز، وإنماء مهارات الحياة الإيجابية الفعالة.
5- مجموعة خطوط موجهة لتقديم خدمات الإسعاف النفسى لحالات الطوارىء.
6- مجموعة خطوط الاستشارات العامة للأمور الحياتية المختلفة ولمصادر الحصول على الخدمات المناسبة المتاحة فى المجتمع الكويتى.

ومن الشروط الأساسية فى تطور خدمات شبكة الاستشارة الهاتفية التى يقدمها "مكتب الإنماء الاجتماعى" كنظام مفتوح Open System قابل - بمرونة - للتغير والتحسن، موالاة تلك الخدمات على الخطوط المختلفة بعمليات وإجراءات المتابعة والتقويم على نحو مستمر ومنتظم، وأن يكون للبحوث

العلمية - الموجهة لتقديرات الجدوى والفاعلية - دورها فى نسق هذا النظام لتطوير تلك الخدمات باستمرار كخبرات ومثرية للعمل الإنمائى لمكتب الإنماء الاجتماعى فى تحقيق رسالته المنشودة والمتوقعة.



1- American Psychiatric Association. Committee on Civil Defense. Dissaster Fatigue. 1956. NAVMED P. 5051.

2- Caplan, G. Prncipiles of Preventive Psychiatry. New York: Basic Books. 1964.

3- Mc Cord. J. B., & Packwood, W. T., Crisis Centers and Hotlines: A Survey, Personnel and Guidance Journal, 1973. 51, 723-728.

4- Hornblow, A.R. The Evaluation and effectiveness of Telephone Counseling Services. Hospital and Community Psychiatry. 1986. vol. 37 (7), 731-733.

5- Hornblow, A.R. Does Telephone Counseling Have Preventive Value? Australian and New Zeland Journal of Psychiatry. 1986, vol. 20 (1), 23-28.

6- Mouchenik, Y. L'Usage Du Tele- phone en Sante Mentale. Psychologie Medicale, 1989, vol. 21 (14). 2133-2136.

7- Slaikeu, Karl A. Crisis Intervention. Boston: Allyn & Bacon. 1990.

8- Stein, D. M., & Lambert. M. J. Telephone Counseling and Crisis Intervention: A Review. American Journal of Community Psychology, 1984, 12, 1, 101, 126.

9- Wolfersdorf. M., Blattner, J., Grober, M., Nelson, F. Who Calls? A Comparison of Callers of the Telephone Service at the Suicide Prevention Center. Los Angles, CA., U.S.A. and the Callers of the "Telephon- eseelsorge", Ravensburg, FRG. European Journal of Psychiatry. 1989. vol: 3 (1). 33-48.

10- Zaltman, G., Duncan, R. Strategies for Planned Change. New York: John Wiley & Sons, 1977.





عرض البحث

تأخذ الحلقــة النقــاشية الحــالية توجهاً عملياً متميزاً فى توصيل الخدمات النفسيـة إلى أكبر قـدر ممكن من قطاعات المجتمع، واستثماراً للأنظمة التكنولوجية المتقـدمة فى تقـديم تلك الخـدمات بيسر وفـاعلية. وهنـا تبرز قضيــة أســاسية:

كيـف يمكننا أن نوصـل أكبر قـدر ممكـن مـن الخــدمة للمجتمـع؟ وهــذه الخدمة هى إنمائية، كما أنها أيضاً خدمة إرشــادية علاجيــة ووقــائية، وتقــدم للمجتمع بجميع عناصره وفئاته، وذلك مع مراعاة تقاليــد المجتمــع وعــاداته.

فى هـذا النسـق تتأتى الجـدوى من "حركة الإرشـاد عن طريق الهاتف"، أو ما يعرف غالبــاً بمصطلــح "الخــط الساخن". إن توفير الخدمة الهاتفية لـم يأت مـن فراغ، بل قـامت عـدة دراســات بعد أى مشكلة تواجه الدول نتيجـة غزو أو حرب أو كـوارث أو أمراض. إن هــذه المشكلات الناتجة عن الصدمات استلزمت تغيرات وتطـورات فى العلـوم التـى تقـدم الخدمات لمعالجة تلك المشكلات.

وفيما يتعلق بتـأثير محنة العـدوان العـراق على الكـويت، فـإن مـن أولـويات تقــديم هــذه الخــدمات على المستــوى المجتمعـى هـو معـالجة آثار تلـك المحنـة، بقــدر مـا تمثـل هــذه المحنــة نمـوذجاً للأزمات التـى تكلم عنها علماء الأزمات، وينطبــق عليهــا الكثير مــن النظــريات والمفاهيم العلمية.

فى هـذه الدراسـة نحدد ثلاث ركائز

أو توجهات أساسية انطلقت منها مشروعات الخط الساخن:

1- حركة الصحة النفسية المجتمعية:

إن قضايا ومشكلات الصحة النفسية فى المجتمع المعاصر متشعبة ومعقدة وعميقة، ولهذا يتنامى السعى من أجل تحقيق نظام للصحة النفسية فى الحاضر والمستقبل يكون أكثر كفاءة فى استيعاب قضايا ومشكلات الصحة النفسية فى المجتمع المعاصر، وفى تلبية حاجات الفرد والجماعات الاجتماعية من خدمات الصحة النفسية وقاية وإرشاداً وعلاجاً وإنماءً.

لقد تطورت حركة الصحة النفسية من مجرد تقديم خدمة أو مساعدة فردية، وصارت جانباً أساسياً فى كل سياسات واستراتيجيات وخطط الإنماء فى المجتمع، ولم يعد هناك مجال لإغفال قضايا ومشكلات الصحة النفسية - وقاية وعلاجاً وإنماءً - على المستوى المجتمعى. بل ولقد صار الاهتمام بقضايا ومشكلات الصحة النفسية دالة لكفاءة المجتمعات فى تحقيق أهدافها من الإنماء الذى يضع الإنسان فى مقدمة أولويات اهتماماته.

2- التدخل فى الأزمات وفى معالجة ضغوط ما بعد الأزمات

مما ينبه الخبراء إليه فى علاج الأزمات "الآثار بعيدة المدى للأزمات"، حيث يتكشف عن أزمات ما بعد الحرب تأثيرات سالبة يتوقع أن تستمر لفترة طويلة فى الأفراد والمجتمعات وتلك هى"اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة".

وعلى الرغم من أن العالم قد عاش خبرات متنوعة من مآسى الحروب والكوارث، إلا أن الباحثين لم يتنبهوا إلى "الآثار بعيدة المدى" لتلك الأزمات إلا مؤخراً، وقد تسبب هذه الآثار استمرار الاهدار النفسى، وإحداث إصابات نفسية بعيدة المدى.

ومن هنا تتأكد دواعى الصحة النفسية المجتمعية خاصة فى استراتيجيات التدخل فى الأزمات، وتتضمن هذه الاستراتيجيات طورين أو

مستويين من التدخل:

التدخل من الدرجة الأولى:

ويتمثل فى الإسعاف النفسى وتتحدد هذه الاستراتيجيات بالأشخاص والمصادر والمواد المتاحة فى تلك اللحظات أو الأوقات أو الظروف المباغتة والسريعة والمتلاحقة لتقديم العون السريع والسند الفورى بهدف الإنقاذ من الحدث المأساوى ومترتباته.

التدخل من الدرجة الثانية:

ويتمثل فى التدخل الإرشادى والعلاجى، وهو يستغرق فترة طويلة بعد انتهاء الحدث أو الأزمة.

3- نظم توزيع الخدمات:

نحن أمام ظاهرة لها أعراض ومظاهر وانعكاسات متعددة، وقد حدد المرسوم دائرة الضرر وهى الفرد والأسرة والمجتمع، حيث إننا الآن أمام تحديات كبيرة تستلزم منا طرقاً للتفكير وأساليب للتدبير فى فنيات وإجراءات وعمليات غير تقليدية لتوزيع خدمات الصحة النفسية على المجتمع.

لابد من توفر خدمات إرشاد العلاج وخدمات الإنماء الاجتماعى فى المجالات المختلفة، وهذه النظم لها إجراءاتها الإدارية والفنية والهيئات المدربة والعاملة. ما هى خبرات وكفاءات العاملين؟ وإلى أى حد يلتزم المرشدون بالأخلاقيات التى لا تتعارض مع أفراد المجتمع؟ ولابد من وضع شبكة إدارية للتحكم فى إدارة هذه الخدمات.

فى هذه النقاط الثلاث، نجد أن العالم يشهد تطوراً كبيراً فى خدمات الخط الساخن، ومن الدلائل ذات المغزى الخاص، أجرى تحليل للخدمات التى تقدم فى أميركا ووجد أن خدمة الإرشاد الهاتفى تحتل المركز الأول وبنسبة 100% بالنسبة للخدمات الأخرى.

نموذج مقترح

(الشبكة الوطنية للاستشارات الهاتفية)

تقدم هذه الدراسة نموذجاً مقترحاً لما أسميته الشبكة الوطنية للاستشارات

الهاتفية كنظام من نظم توزيع خدمات كاملة، وهو منظومة فرعية من نظام كبير.

أهداف الشبكة الوطنية:

تتحدد أهداف الشبكة الوطنية للاستشارات الهاتفية على النحو التالى:

أهداف استراتيجية:

وهى المشاركة فى المواجهة الوطنية لمعالجة الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية الناجمة عن العدوان العراق الغاشم على دولة الكويت، احتواءً لدائرة الضرر فى اتساعها وشمولها للعناصر الثلاثة الأساسية وهى الفرد والأسرة والمجتمع.

أهداف وقائية:

وهى تقديم المساعدة لتقوية الأفراد والأسر، تمكيناً لهم من مواجهة ضغوط ما بعد صدمة العدوان العراق، أو ضغوط الحياة والتى يتعرضون لها فى المواقف والمعاملات اليومية، وحماية لهم من احتمالات الاضطراب أو الانهيار.

أهداف إرشادية/ علاجية:

تقديم المساعدة للحالات التى تعانى من درجة حادة من الاضطراب، وذلك عن طريق التدخلات الارشادية أو العلاجية المناسبة. وهذه الحالات تستلزم خدمة مهنية متخصصة.

أهداف إنمائية:

هنا تركيز خاص على توظيفنا لكل فعاليات الإنسان الكويتى، وذلك بتقديم المشورة والتدريبات المتخصصة من خلال الفنيات المهنية فى اكتساب المهارات والكفاءات اللازمة لإنمائهم كأفراد وكأعضاء فى الأسرة والمجتمع.

يتمثل ذلك فى توجهات وأساليب إنماء الإمكانات البشرية؛ فالصحة النفسية تحتاج إلى مزيد من الصحة النفسية؛ والشخصية السوية بحاجة إلى مزيد من السوية، وإننا لا نُعنى فحسب بالأشخاص الذين انحرفوا بدرجات بسيطة أو كبيرة عن معايير الصحة السوية، بل نُعنى أيضاً بالأصحاء نفسياً. والمرض أو الاعتلال هو

الاستثناء، وليس القاعدة، فالصحة النفسية بحاجة إلى الإنماء!. رعاية الإنسان السوى وإنماء الطفل وإنماء الذكاء وإنماء الذوق الاجتماعى وإنماء العلاقات الإنسانية وحسن استثمارها والوصول بها إلى المستوى الأفضل؛ وهناك فنيات فى علم النفس تستخدم فى إنماء جوانب مختلفة من الشخصية ومن توظيف الشخصية، وكذلك إنماء الأسرة والعلاقات الأسرية والتفاعلات بين أعضاء الأسرة، إنماء المواطنة والتحمس للحياة، والتطلع للمستقبل وإثراء معنى الحياة والوجود والناس والمستقبل.

هذه جوانب كثيرة للإنماء، وإن العلوم النفسية تجاوزت حالياً الحالات المرضية والعيادات، وصارت لها توجهات أخرى إيجابية للإنسان العادى والسوى، وهذه التوجهات جزء من نمو هذه العلوم واستجابتها للتغيرات الاجتماعية والتحديات المطلوبة.

خطوط شبكة توزيع خدمات الاستشارة الهاتفية:

هنا ندخل فى استثمار التكنولوجيا المعاصرة، وهى تكنولوجيا مبدعة، تتمثل فى هندسة العلوم التكنولوجية المتقدمة، ويمكن أن نفيد منها كثيراً فى تقدم خدمات الاستشارة الهاتفية فى نظام من شبكة متكاملة فعّالة. وتعمل هذه الشبكة وفقاً لعدة أسس.

1- الشمول:

بحيث يكون توزيع الخدمات شاملاً: للأهداف المنشودة من نظام خدمات الاستشارة الهاتفية، وللقطاعات الديمغرافية المختلفة فى المجتمع، وللمستويات والفئات العمرية المختلفة من الطفولة إلى الشيخوخة، وللجماعات الاجتماعية الأساسية مثل الأسرة، وللمؤسسات الاجتماعية والتعليمية والثقافية وللفئات المتضررة من آثار العدوان الغاشم، وللمستويات المختلفة من الاضطراب والتأزم الناتجة عن أزمات الحياة اليومية المتوقعة لأى إنسان ولأى مجتمع وفى وأى وقت.

2- التكامل:

أن يتم توزيع الخدمات على أساس من الترابط والتفاعل بلا تضارب أو تناقض بين وحدات ومدخلات شبكة الخدمات، وبين إجراءات وأساليب العمل والتنفيذ والمتابعة.

3- المرونة:

إن العمل غير تقليدى ويستلزم منا فرق عمل من تخصصات مختلفة ومتعددة، لأن الفريق يتعامل مع الحياة ككل، ويستلزم مرونة فى تقديم خدمات المساعدة، ويعد تكوين فريق من المتطوعين (أى الفريق غير الرسمى المساعد للفريق الرسمى) خطوة كبيرة - بمرونة ويسر - فى تقديم الخدمات المتنوعة الأهداف فى أى مكان يتواجد فيه، وفى أوقات محددة ومعلومة ومنظمة.

4- توزيع الخدمة وفقاً النظام الاستراتيجيات التيسيرية:

نحن أمام خبرة أثبت غيرنا أنها كانت خبرة واعدة وناجحة فى حالات كثيرة، والإفادة من البحوث تكون فى تقليل حالات الانتحار والاكتئاب عند بعض الناس، إذن فخدمات الخط الساخن لها تأثيرها فى تقليل حالات الانتحار، وذلك على سبيل المثال.

يتضمن نظام شبكة توزيع خدمات الاستشارة الهاتفية مجموعات من الخطوط تغطى عدداً من الخدمات فى المجتمع.

* مجموعة خطوط موجهة لتقديم المساعدة للمتضررين من آثار العدوان العراقى الغاشم.
* مجموعة خطوط موجهة لتقديم خدمات الإرشاد للأشخاص فى مستويات عمرية مختلفة للأطفال والشباب وكبار السن، وفى مجالات التوافق الزواجى والتوافق فى العمل وما قد ينشأ من مشكلات تأخذ درجات مختلفة من الحدة.
* مجموعة خطوط موجهة لتقديم خدمات علاجية لحالات من الاضطرابات النفسية والانحرافات

السلوكية مثل حالات القلق، والاكتئاب، والوحدة النفسية، والإدمان، والاضطرابات الجنسية، وأزمات الحياة.

* مجموعة خطوط موجهة لتقديم خدمات الإنماء، كالفاعلية الوالدية وهناك مراكز كثيرة متخصصة فى هذا المجال، والوالدية مهارة يمكن أن تكتسب وليست فقط فطرة، ولكنها أيضاً خبرة، ويمكن لخدمات الخطوط الهاتفية التدريب على الفاعلية الوالدية وإرشاد الوالدين، والإرشاد الأسرى، وإرشاد الشباب قبل الزواج والإرشاد التعليمى والمهنى، وإنماء الذكاء والإبداع والإنجاز، وإنماء مهارات الحياة الإيجابية الفعالة.

* مجموعة خطوط موجهة لتقديم خدمات الإسعاف النفسى لحالات الطوارىء.

* مجموعة خطوط الاستشارات العامة للأمور الحياتية المختلفة ولمصادر الحصول على الخدمات المناسبة المتاحة فى المجتمع الكويتى.

ومن الشروط الأساسية فى تطور خدمات الشبكة الوطنية للاستشارة الهاتفية التى يقدمها مكتب الإنماء الاجتماعى فى الكويت كنظام مفتوح قابل بمرونة للتغير والتحسن، ولأن الطلب سوف يكون كبيراً - موالاة تلك الخدمات على الخطوط المختلفة بعمليات وإجراءات المتابعة والتقويم على نحو مستمر ومنتظم، وأن يكون للبحوث العلمية الموجهة لتقديرات الجدوى والفاعلية دورها فى نسق هذا النظام لتطوير تلك الخدمات باستمرار كخبرات ثرية ومثرية للعمل الإنمائى لمكتب الإنماء الاجتماعى فى تحقيق رسالته المنشودة والمتوقعة.

المناقشات والتعقيبات

د. عيسى

ما جدوى هذه الخدمة؟ وما أهميتها؟ وما الصعوبات التى يمكن أن تواجهها نتيجة أى ظرف اجتماعى أو جغرافى فى المستقبل؟ وما المؤثرات على هذه الخدمة نتيجة وجود بعض الخطوط الساخنة فى الكويت قبل الاحتلال وبعده؟ مثلاً وزارة الصحة لها خط ساخن وغيرها من الوزارات.

هناك مشكلة جغرافية ومشكلة اجتماعية حيث إن خدمات الهواتف فى الكويت شبه سيئة بسبب الموقع الصغير، ومعنى الخدمة الهاتفية عند المواطن بشكل محدد أن يستفسر عن الخدمة أو عمن يساعده فى مشكلته، وهناك مشكلة الثقة المعدومة فى الخدمة الهاتفية. هل تعتقد مع فهمك لظروف الكويت أن هذه الخدمة ستكون ناجحة؟ أم أن هناك معوقات وصعوبات تؤثر على هذه الخدمة؟

د. طلعت منصور:

إن التطورات الحادثة فى العلم وتطبيقاتها ليست وليدة الصدفة، بل هى نتاج جهود وتجارب وخبرات علمية وعملية متنوعة، ويعد نظام تقديم خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف جانباً من جوانب التطور فى العلوم النفسية وتطبيقاتها. ومن تجارب غيرنا قد تبين أن هذا النظام ذو جدوى وفعالية فى تحقيق أهدافه بحيث إنه قد صار نظاماً معمماً ومعروفاً فى أمريكا وأوربا واليابان وفى غيرها من بلدان العالم.

وإذا وضعنا هذا فى الاعتبار، ونظرنا إلى مواءمة هذه الأنظمة الجديدة للواقع الاجتماعى الثقافى للكويت، فإن خدمات الاستشارة الهاتفية تقدم خدماتها بيسر وسهولة من خلال الاتصال الهاتفى دون حاجة إلى التردد على مراكز أو مكاتب للخدمة النفسية أو على غيرها مما قد يبدى الأشخاص معها خجلاً واستحياءً من التردد عليها، وارتباطاً بتلك المعتقدات الخاطئة عن الخدمة النفسية ومراكزها ومن حيث إنها للمرضى ولغير الأسوياء وما قد يعنيه ذلك من بعض العار الاجتماعى. ولما كانت الاستشارة الهاتفية لا تتطلب بالضرورة معرفة اسم الأخصائى/ المرشد وكذلك اسم الشخص طالب الاستشارة الهاتفية، فإنه يتوافر لهذا النظام من الخدمة عامل "الستر" والسرية والكتمان وكذلك عامل الموثوقية، وهذا بدوره أيضاً قد يخلق عند الأشخاص طالبى الاستشارة الهاتفية نوعاً من الاعتماد على الذات.

وألخص تعقيبى على تساؤلات الدكتور عيسى بأن "المنبئات" كثيرة وواعدة بقيمة وجدوى هذا النظام من نظم توزيع خدمات مكتب الإنماء الاجتماعى فى الكويت.

وأخيراً مادام الاهتمام موجوداً الآن، متحدثة:

إن الكويت كدولة صغيرة وبقعة صغيرة أيضاً تحتاج إلى خدمات حسب سكانها، وتحتاج إلى جهاز بشرى تكون له دراية جيدة، والحالات التى تأتى عن طريق الهاتف تحتاج أيضاً إلى مراكز علاج، ويجب الاهتمام بهذه المراكز من الناحية العمرانية، ويجب أن تتوافر فيها الحدائق، فإذا كان المنظر جميلاً والحدائق منسقة كان ذلك جزءاً من العلاج النفسى. ومع الأسف المستشفيات فى الوطن العربى تبدو وكأنها مقابر، وهذا واضح، وأقرب مثال مستشفى العباسية فى مصر، والطب النفسى فى الكويت يكون دائماً كالمكان المهجور ويعطى شعوراً بأن الذى يدخله لن يخرج مرة أخرى.

فيا حبذا العمل الجاد للحاق بموكب العالم. وأكرر علينا الاهتمام بهذه المراكز العلاجية.

د. سعاد الصباح:

إن العمل الذى يقوم به مكتب الإنماء الاجتماعى هو عمل رائع وجبار ومستقبلى لخدمة هذا الوطن والمواطنين، ونحن نعيش فى الإيقاع السريع لهذا العصر على نفسية الإنسان، بعد أن أصبح يعيش وكأنه فى جزيرة منعزلة تعصف بها رياح من ضغوط اقتصادية واجتماعية وسياسية. والسؤال هو: ما الإمكانات المتاحة لهذه الاستراتيجية؟ إذ إن العمل يحتاج إلى كم كبير من الخبراء، فإذا أخذنا فى الاعتبار مجموعة الخطوط الرئيسة التى ذكرها المحاضر؟ فإن قطاعات كبيرة من الشعب الكويتى سوف تحتاج بكل تأكيد لهذه الخدمات. وهل ستقدم هذه الخدمة جزئياً أم أنها ستكون مستمرة؟

د. طلعت منصور:

نحن أمام سياسة وطنية وعمل وطنى، ومكتب الإنماء يقدم هذا النظام وهو واحد من نظم متعددة يقدمها، الهدف منها تطويق الآثار المتعددة للعدوان العراق ومعالجتها بالاستراتيجيات الملائمة، إضافة إلى استراتيجيات استكمال مسيرة الكويت فى البناء والإنماء. والاستشارة الهاتفية خدمة يقدمها مكتب الإنماء مشكوراً، ولكنها نظام له حدوده وإطار حركته فى المجتمع الكويتى. وعندما أقول مكتب الإنماء الاجتماعى الذى يعمل بدعم من أعلى سلطة فى الكويت وهو الديوان الأميرى، فهذا يعنى أنها عملية رعاية للخدمات على مستوى الكويت ككل.

والنقطة الأخرى هى الجهاز البشرى، فهذا العمل ليس عملاً ارتجالياً، ولكنه عمل منظم ويحتاج إلى خبرة وتدريب، وذلك بإعداد فريق مدرب من الإخصائيين من خلال البرامج التدريبية المتخصصة للعمل على هذا النظام، وهذا جزء مهم جداً. ويجب أن يتمتع الفريق بأخلاقيات وظيفية عالية لتكون الثقة غير

محـــددوة، والجهـــاز البشرى قـــوامه التــدريب ونحــن نستفيــد مــن خبرات الـدول الأخرى فى هـذا المجـال وشكـراً.

د. لطفى الشربينى:

فى الحقيقـــة أنا طبيـــب نفسى فى مستشفى الطب النفسى فى الكويت، ولفت نظـرى الـدكتور الـذى افتتـح الجلسـة.

بالنسبـة للعمـل فى المستشفـى هنـا وكما قـالت الـدكتـورة؛ فـالمستشفيـات فى الكـويت مثـل السجـون والمكان المهجـور ولـن يستفيـد من العلاج فيهـا إلا عـدد قليـل جداً. فـإذا تمـت الخـدمة الهـاتفية وتم فيها جميع التخصصات، أعتقـد أنها ستكــون مجــدية جداً، وقـــد يقـــابل العـــاملون فيهـا الكثير مـن الإزعـاج على الهاتف، ولكن كل هذا لا يدعو للإحباط ويجـب أن نكون على مستـوى أكبر مـن ذلـك لكى نتماشى مع هذه الوظيفـة المهمة.

د. نضال الموسوى:

أؤكـد مـا قـالـه الـدكتور لطفـى الشربينى.

د. دلال الزين:

إننـى مـع الـدكتـور طلعت بالنسبـة لنمـوذج شبكة وطنية، إلا أننـى أختلف معه بالنسبـة لخصوصية طبيعة المجتمع، فإن كثيرين لديهـم الكثير مـن الأمـور الـداخلية حتـى الآن لـم يرووهـا بعـد، بدليـل أن معظـم الـذين كـانوا داخل الكـويت أثنـاء الاحتلال خرجوا خارج البلاد، ويظل الواحد منهم يتكلـم بدون أن ينتظـر الـرد مـن السامع، وهـذا يدل على أن هنـاك الكثير داخل النفـوس. وسـؤالى: هـل تعتقـد أن هـذا الأمـر حقيقـى، ويمكـن أن تكـون لـه جدوى وخاصـة ونحن فى عصر التكنـولوجيا؟.

د. فيولا:

إن الشبكـة الهـاتفية وإن كـانت قـد بدأت فى الكويت بفكرة، ولكنها عبارة عن استكمـال ومتـابعـة لكثير مـن الخـدمات المطلـوبة والتـى يضطلـع مكتـب الإنمـاء الاجتمـاعى بدور ريادى فى توفيرهـا مـع

الإفادة من الخبرات العالمية المتقدمة في تقديم هذه الخدمات على نحو يحقق الهدف منها.

إن هذه الخدمة تحتاج إلى توعية للشعب الكويتي من خلال وسائل الإعلام المختلفة بأهمية الاتصال وتقديم المساعدة، وهذه التوعية بشكل أو بآخر تقلل من المعوقات. وبالنسبة للجانب البشري أؤكد وجود أهمية تدريب خاص ومستمر، وهذا التدريب يحتاج إلى تدريب آخر إنساني أثناء العمل، لأنهم قد يبدأون العمل وتواجههم مشكلات كثيرة.

أ. عبد التواب:

توجد لديّ ثلاث نقاط موجزة جداً وهي: أولاً لا يوجد إنسان عربي كويتي يحتاج إلى إعادة بناء، لأنه لم يهدم. وثانياً: الخدمة الهاتفية أثارت انتباهي جداً والله يوفق الجميع في هذا. والنقطة الأخيرة هي لماذا نحن ننظر إلى السلبيات قبل أن ننظر إلى الإيجابيات.

أ. عمر:

يوجد لدي نقطتان فقط وهما: ما مدى جدوى الشبكة الوطنية الاتصالية؟ يوجد أمامنا دليل لنجاح هذه العملية وهي العيادة النفسية في الصحف، ويقنع المرسل برد بسيط جداً فما بالك لو كانت هذه الرسالة مسموعة، ويمكن التغلب على هذه العقبة في نظام التنفيذ نفسه بأن تكون غرفة العمليات تخفي المكالمة.

د. لطيفة الرجيب:

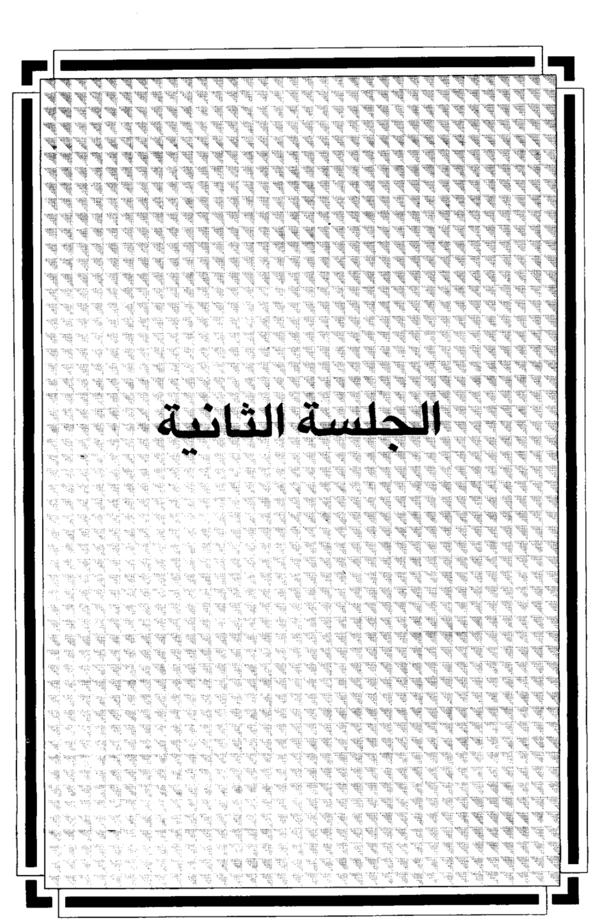
عندما فتحت مراكز الشؤون التابعة لوزارة الشؤون كانت عبارة عن خمسة مراكز موزعة على مناطق الكويت، وأهدافها تنمية المجتمع وفي عدة مجالات منها مكتب الاستشارات الأسرية، وكان لها تجربة في الاستشارة الهاتفية.

د. بدر بورسلي:(طبيب في مستشفى الطب النفسي) الإخوة غطوا جميع النقاط.

د. عيسى:

هناك صعوبات قد تواجهنا في

الاستشارات الهاتفية، وينبغى أن ندرس الظروف الأسرية والاجتماعية والاقتصادية حتى نتنبأ بالأخطاء التى يمكن أن نصادفها، وأعتقد أنه من خلال هذه الجلسة قد وضحت الرؤية، ولدينا ثلاثة أيام حتى نصل إلى وضوح أكبر، نصل من خلاله إلى حل سليم - وإننى متفائل.



الجلسة الثانية

2

برنامج التوجيه والاستشارات الاجتماعية والتربوية عن طريق الهاتف (الخط الساخن)

رئيس الجلسة : أ. عمر سليمان بكيش
المتحدث الرئيسى : أ. عبلة عبدالهادى

البحث

فكرة المشروع والهدف منه:

تعتبر الأسرة من النظام الأساسى فى المجتمع الذى يقوم بعملية التنشئة الاجتماعية أو التطبيع الاجتماعى للأبناء؛ حيث يحاول الآباء وغيرهم تشكيل شخصية هؤلاء الأبناء ومواجهة حاجاتهم الاجتماعية والنفسية وغيرها. وبقدر تمكن المسئولين عن الأسرة من الكبار من توجيه الأبناء ومقابلة حاجاتهم ومعاونتهم على تخطى كل ما يعترض نموهم من عقبات: تكون الفرصة مهيأة بشكل كبير أمام الأبناء للنمو المتكامل.

ولقد وُجدت المدرسة لمعاونة

الأسرة فى إعداد المواطن الصالح، فالمدرسة من أكثر المؤسسات التربوية تفاعلاً مع الأسرة، تؤثر فيها وتتأثر بها، لذا فإن قضية التعاون بين الأسرة والمدرسة ضرورة تربوية وبصفة خاصة فيما يتعلق بإعداد المواطن الصالح، فالمسئولية نحو ذلك تضامنية من كلا الجانبين ولابد أن يسعى الطرفان لتحقيق أفضل النتائج من خلال تعاونهما عبر قنوات شتى.

ولاجدال فى أن الأسرة وهى تقوم بتلك الوظيفة قد تواجهها العديد من الصعوبات والمعوقات التى قد تحول دون القيام بالدور المطلوب فى توجيه الأبناء ومتابعة شئونهم ومواجهة احتياجاتهم. وهنا يأتى الدور الفعال للمدرسة فى معاونة الأسرة والأخذ بيدها نحو رفع كفاءتها فى هذا المجال.

ولقد ازدادت تلك الحاجة فى الآونة الأخيرة بعد العدوان الغاشم على البلاد حيث وقعت آثار متعددة على المواطنين بصفة عامة وعلى أبنائنا بصفة خاصة. فقد هز العدوان البغيض التركيب النفسى والسيكولوجى والقيمى لأبناء الكويت.

لذلك رأت إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية بوزارة التربية أن تمد خدماتها لكافة أفراد المجتمع لفتح قنوات الاتصال بينها وبين المواطنين، خاصة ممن هم بحاجة إلى مشورة فنية، وقد يصعب على البعض عرض مشكلته بطريقة مباشرة حيث تم فتح مكتب لتقديم مثل تلك الخدمة عن طريق الهاتف.

وبناء على ذلك فإن أهداف المكتب تتحدد فيما يأتى:

1- امتداد خدمات إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية بوزارة التربية لأكبر فئة ممكنة من المجتمع.
2- تقديم الاستشارة الفنية إلى الذين لا يتمكنون من الوصول إلى المتخصصين.
3- تطوير الأسلوب المستخدم بالإدارة وتقديم الخدمة بشكل أسرع.

4- مساعدة الأفراد ذوى المشكلات فى تحديد الجهات المتخصصة التى يمكن الرجوع إليها.

الجوانب التنظيمية والفنية للمشروع

أ) الجانب التنظيمى:

1- تسمية المشروع ببرنامج التوجيه والاستشارات الاجتماعية التربوية عبر الهاتف.

2- الإعلان عن المشروع من خلال أجهزة الإعلام المختلفة وتحديد خطى تليفون لتلقى الاتصالات.

3- تشكيل فريق من المتخصصين من إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية لتولى مسئولية التعامل مع هذه الحالات.

4- إنشاء سجل لحصر الحالات التى تقوم بطلب مساعدة الفريق على الوجه التالى:

5- إعداد نموذج تسجيل الاستشارة ومرفق صورة منه.

6- يجتمع الفريق يومين كل أسبوع ويمكن للفريق دعوة متخصصين نفسيين ودينيين وتربويين وأطباء حسب احتياجات كل حالة لحضور هذه الاجتماعات للمشاركة فى دراسة وتشخيص وعلاج الحالات التى تعرض على الفريق.

ب) الجانب الفنى:

1- تقوم الإخصائية التى تتلقى الاتصال الهاتفى بإجراء مقابلة تليفونية بما تتضمنه هذه العملية من جهد مهنى ومن خلالها يمكن التعرف على طبيعة المشكلة وأبعادها. وعلى الإخصائية الاجتماعية العمل على تكوين علاقة مهنية، إذ إن العميل يهمه معرفة مدى قدرة الإخصائية الاجتماعية

مسلسل	التاريخ	الاسم	الصفة	منطقة السكن	تليفون	نوع المشكلة	الأخصائى الاجتماعى

على تقديم التوجيه والمساعدة التى يتوقعها.

2- أهمية التعرف على الجهود السابقة فى العمل مع الحالة سواء كانت من خلال إخصائى اجتماعى، إخصائى نفسى - طبيب - أحد أفراد الأسرة أو جهة أخرى حسب نوع المشكلة وطبيعتها.

3- تتوقف الخطوات التالية على طبيعة ونوع المشكلة والجهود السابقة التى بذلت حيث يمكن اتخاذ أحد الاجراءات التالية:

* الاستمرار فى التعامل مع الحالة من خلال الهاتف.
* إجراء مقابلة شخصية بمكتب الإخصائية الاجتماعية.
* القيام بزيارة المدرسة لمقابلة الطالب والوقوف على جهود الاخصائى الاجتماعى مع المدرسة.
* القيام بزيارة منزلية لأحد أطراف الحالة.

وفى جميع الحالات على الإخصائية الاجتماعية استثمار الامكانات المتوافرة فى المدارس وأجهزة المناطق التعليمية ووزارة التربية وهيئات ومؤسسات المجتمع بما يعود بالفائدة والنفع.

تنفيذ المشروع

بدأ العمل بهذا المشروع بتاريخ 1992/3/1م وذلك بعد الإعلان عنه، وقد بلغت الحالات التى تم التعامل معها من خلال هذه الخدمة (111) حالة، وبالرجوع إلى السجلات الخاصة بالمشروع ونماذج تسجيل الاستشارات أمكن وضع تصور عن هذا العمل وفقاً لما يأتى:

أولاً- طبيعة طالبى الخدمة:

من حصر شخصيات المستفيدين وطالبي الخدمة عبر الهاتف أمكن إعداد الجدول التالى:

شخصية المتقدم	عدد	نسبة
آباء	15	٪13.5
أمهات	60	٪54.1
طلاب وطالبات	20	٪18.0
آخرون	16	٪14.4
المجموع	111	٪100

من الجدول السابق تبين ما يأتى:
أن العدد الإجمالى للحالات ويبلغ (111) حالة يعتبر عدداً محدوداً، حيث إن الفترة الزمنية للمشروع منذ بدايته تعتبر فترة طويلة إذا ما قورنت بهذا العدد، علماً بأن الفريق المكلف بهذه الخدمة لديه الفرصة والامكانات للتعامل مع أعداد أخرى إذا طُلب منه ذلك.

وفى نظرى أن هذا لا يرجع إلى ضعف فى إمكانات الفريق أو إلى ندرة الحالات التى تحتاج إلى المساعدة الفنية، وإنما يرجع ذلك فى الواقع إلى عدم المعرفة الكافية من المواطنين بمثل هذه الخدمة المتاحة للجميع، والدليل على ذلك ما لوحظ من كثرة الحالات فى الأوقات التى يتم فيها الإعلان صحفياً عن المشروع، وما تلبث الأعداد بعد ذلك فى التناقص الشديد، والمطلوب إذن ضرورة تكثيف الجهود الإعلامية التى تُعَرِّف بهذا المشروع، بالوسائل المتعددة والمناسبة على أن يأخذ ذلك صفة الاستمرار

أما من حيث طالبو الخدمة، فالجدول يشير إلى أن الأمهات كُنَّ بنسبة 54.1% من طالبى الخدمة، وقد كان الهدف لدى الغالبية العظمى منهن هو عرض لمشكلة أحد الأبناء وطلب معرفة كيفية مواجهتها، وفى الواقع أن تلك النسبة تدل على مدى حاجة تلك الفئة فى

المجتمع - ألا وهى فئة الأمهات - لبرامج متعددة لتعريفهم وتبصيرهم بأساليب التنشئة الاجتماعية السليمة للأبناء وعلى تفهم طبيعة المراحل العمرية التى يمرون بها، وعلى كيفية مواجهة حاجاتهم المتعددة والتعامل معها بأسلوب تربوى مناسب، وللأجهزة الإعلامية هنا دور كبير فى هذه المهنة يجب الاضطلاع بها.

أما الفئة الثانية من طالبى الخدمة فقد كانوا من الطلاب والطالبات الذين بلغت نسبتهم 18% وهذه المجموعة فى الواقع تمثل الفئة الواعية بما يحيط بها من مشكلات والساعية إلى ضرورة إيجاد الحل المناسب لها، ولاشك أن وعى وإدراك الطالب بما يحيط به من ظروف من أهم الأسس لنجاح الجهود المبذولة لمواجهة تلك الظروف.

بعد ذلك تأتى فئة الآباء وقد شكلت نسبتهم 13.5%. وقد يعود انخفاض تلك النسبة إلى انشغال الآباء بأعمالهم فى الفترة المتاحة للاتصال بالفريق، فى حين أن نسبة كبيرة من الأمهات اللاتى لا تخرج للعمل تكون الفرصة مهيئة لهن لإجراء هذا الاتصال وطلب الخدمة.

والواقع أن الفئات الثلاث السابقة وإن اختلفت طبيعة أو شخصية طالب الخدمة فيها إلا أن محور الاتصال واحد فى الحالات الثلاث هم الأبناء.

أما الفئة الرابعة ونسبتهم 14.4% فقد كانوا أشخاصاً يطلبون الخدمة لمواجهة مشكلاتهم الشخصية، وقد كان أغلب هذه النسب من الفتيات اللاتى يواجهن بعض المشكلات ولا يستطعن الافصاح بها مباشرة ويطلبن المشورة فى كيفية مواجهة هذا الموقف.

ثانياً– تصنيف الحالات

نوع الحالة	عدد	نسبة
نفسية	28	٪25.2
أسرية	11	٪9.9
إجتماعية	17	٪15.3
سلوكية	6	٪5.5
إقتصادية	5	٪4.5
دراسية	18	٪16.2
إدارية	9	٪8.1
مقترحات وشكاوى	17	٪15.3
المجموع	111	٪100

من الجدول السابق يتبين ما يأتى:

1- شكلت الحالات النفسية حوالى ربع الحالات التى عُرضت على الفريق، أو كانت النسبة 25.2% من مجموع الحالات وكانت معظم هذه الحالات تدور حول تعرض الأبناء لصور الاضطراب النفسى كالخوف والانطواء والقلق وصعوبة النطق .. الخ. حيث تبين أن نسبة كبيرة من هذه الحالات قد ظهرت عند أصحابها بعد العدوان الغاشم على البلاد وما تعرض له الأبناء من ضغوط أدت إلى هذا الاضطراب، مما يحتاج إلى تدخل وسائل وأساليب التنشئة الاجتماعية فى إعادة الصياغة النفسية لهذا الجيل الغض.

2- يلى ذلك المشكلات الدراسية والتى شكلت 16.2% والتى كانت فى معظمها تشير إلى عدم القدرة على التكيف مع النظام المدرسى أو المناهج

الدراسية مما يؤدى بالطالب إلى التعثر الدارسي والذى يحتاج إلى معاونة الأسرة من أجل تخطى هذه العقبة.

3- تأتى بعد ذلك المشكلات الاجتماعية والمقترحات والشكاوى حيث كانت نسبة كل منهما 15.3% وتمثلت المشكلات الاجتماعية فيما يتعرض له الأبناء من مشكلات سوء التكيف مع الأقران أو الأخوة وغيرها من الأمور التى تعوق النمو الاجتماعى السليم للأبناء، أما المقترحات والشكاوى فكان أغلبها يتعلق بالمنهج الدراسى والنظام المدرسى.

4- جاءت بعد ذلك المشكلات الأسرية والتى انحصرت فى وجود خلافات أسرية خاصة بين الزوجين تؤثر بشكل مباشر على الأبناء وكانت النسبة 9.9% ثم مشكلات سلوكية 5.5%، واقتصادية 4.5%.

وجميع هذه الحالات قد تم التعامل معها بأسلوب مهنى حيث إن النسبة الغالبية قد انتهى العمل معها داخل نطاق الفريق. إلا أن هناك مجموعة من الحالات تم تحويلها إلى جهات أخرى تخصصية نظراً لما تبين من الحاجة إلى ذلك؛ كمركز الرقعى التخصصى ومستشفى الأمراض النفسية وبيت الزكاة.

الصعوبات التى تواجه الفريق:

1- إن فريق العمل المكلف لا يملك الصلاحية فى بعض الشكاوى التى تعرض عليه، خاصة ما تتعلق بالإدارة المدرسية مما قد يتسبب فى وجود شعور بعدم الثقة من جانب أولياء الأمور فى قدرة الفريق على مساعدتهم فى مواجهة مشكلاتهم.

2- إن كثيراً من الحالات التى تتصل لعرض ما يتعرضون له من مشكلات يلاحظ عليها التردد والخوف من الإفصاح عن جوانب كثيرة مهمة للمشكلة بالرغم من توضيح مبدأ السرية له؛ مما يعوق التوصل إلى الحل المناسب لمواجهة هذه المشكلة.

3- عدم المعرفة الكافية من قبل المواطنين بالدور الحقيقى الذى يمكن أن يقوم به المتخصصون فى الخدمة الاجتماعية والنفسية لمساعدتهم فى مواجهة ما يعترضهم من مشكلات وصعوبات.



يسعدنى أن أكون من المشاركين مع الأساتذة والمختصين. ومشاركتى هى ورقة عمل متواضعة قامت بها إدارة الخدمة الاجتماعية بوزارة التربية.

رأت إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية بوزارة التربية أن تمد خدماتها لكافة أفراد المجتمع لفتح قنوات الاتصال بينها وبين المواطنين خاصةً ممن هم بحاجة إلى مشورة فنية، وقد يصعب على البعض عرض مشكلته بطريقة مباشرة لذا تم فتح مكتب لتقديم مثل تلك الخدمة عن طريق الهاتف.

للمشروع جوانب تنظيمية وفنية:

الجانب التنظيمي:

* تسمية المشروع ببرنامج التوجيه والاستشارات الاجتماعية التربوية عبر الهاتف.
* الإعلان عن المشروع عن طريق أجهزة الإعلام المختلفة، وتحديد خطى هاتف لتلقى الاتصالات.
* تشكيل فريق من المتخصصين من إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية لتولى مسئولية التعامل مع هذه الحالات.
* إنشاء سجل لحصر الحالات التى تقوم بطلب مساعدة الفريق.
* إعداد نموذج تسجيل الاستشارة يحتوى على البيانات للعميل المتصل.
* يجتمع الفريق يومين كل أسبوع، ويمكن للفريق دعوة متخصصين نفسيين ودينيين واجتماعيين

وأطباء حسب احتياجات كل حالة لحضور هذه الاجتماعات للمشاركة فى دراسة وتشخيص وعلاج الحالات التى تعرض على الفريق.

الجانب الفنى:

* تقوم الإخصائية التى تتلقى الاتصال الهاتفى بإجراء مقابلة هاتفية بما تتضمنه هذه العملية من جهد مهنى، ومن خلالها يمكن التعرف إلى طبيعة المشكلة وأبعادها، وعلى الأخصائية الاجتماعية العمل على تكوين علاقة مهنية، إذ إن العميل يهمه معرفة مدى قدرة الأخصائية الاجتماعية على تقديم التوجيه والمساعدة التى يتوقعها.
* أهيمة التعرف على الجهود السابقة فى العمل مع الحالة سواء كانت من خلال أخصائى اجتماعى أو أخصائى نفسى أو طبيب -، كأحد أفراد الأسرة، أو جهة أخرى حسب نوع المشكلة وطبيعتها.
* القيام بزيارة منزلية لأحد أطراف العميل، أو القيام بزيارة المدرسة لمقابلة الطالب والوقوف على جهود الأخصائى الاجتماعى مع المدرسة.

بدأ العمل بهذا المشروع بتاريخ 1992/3/1م وذلك بعد الإعلان عنه، وقد بلغت الحالات التى تم التعامل معها من خلال هذه الخدمة (111) حالة، وبالرجوع إلى السجلات الخاصة بالمشروع ونماذج تسجيل الاستشارات أمكن وضع تصور عن هذا العمل وفقاً لما يأتى:

إن العدد الإجمالى للحالات يعتبر عدداً محدوداً حيث إن الفترة الزمنية للمشروع منذ بدايته تعتبر فترة طويلة إذا ما قورنت بهذا العدد، وهذا لا يرجع إلى ضعف إمكانات الفريق أو إلى ندرة الحالات التى تحتاج إلى المساعدة الفنية، وإنما يرجع ذلك فى الواقع إلى عدم المعرفة الكافية من المواطنين بمثل هذه الخدمة المتاحة للجميع، والدليل على ذلك ما لوحظ من كثرة الحالات فى الأوقات التى يتم فيها الإعلان صحفياً عن المشروع، إذ ما تلبث الأعداد بعد ذلك بالتناقص

الشديد، والمطلوب إذن ضرورة تكثيف الجهود الإعلامية عن هذا المشروع بالوسائل المتعددة والمناسبة على أن يأخذ ذلك صفة الاستمرار.

طبيعة طالبى الخدمة:

أما من حيث طالبو الخدمة فتدل السجلات على أن الأمهات كانت نسبتهن 54.1% من طالبى الخدمة، وقد كان الهدف لدى الغالبية العظمى منهن هو عرض لمشكلة أحد الأبناء وطلب معرفة كيفية مواجهتها. وتدل تلك النسبة على مدى حاجة تلك الفئة فى المجتمع، ألا وهى فئة الأمهات، لبرامج متعددة لتعريفهن وتبصيرهن بأساليب التنشئة السليمة للأبناء، وكيفية مواجهة حاجاتهم المتعددة والتعامل معها بأسلوب تربوى مناسب.

أما الفئة الثانية من طالبى الخدمة، فكانت من الطلاب والطالبات بلغت نسبتهم 18%، وهم يمثلون الفئة الواعية بما يحيط بها من مشكلات والتى تسعى لإيجاد الحل المناسب، وأغلب مشاكلهم تدور حول النظام الدراسى.

والفئة الثالثة هى الآباء، وبلغت نسبتهم 13.5% وقد يعود انخفاض تلك النسبة إلى انشغال الآباء بأعمالهم فى الفترة المتاحة للاتصال بالفريق.

أما الفئة الرابعة ونسبتها 14.4% فكانت لأشخاص يطلبون الخدمة لمواجهة مشكلاتهم الشخصية، وأغلبها من الفتيات اللواتى يواجهن بعض المشكلات ولا يستطعن الإفصاح عنها مباشرة.

تصنيف الحالات:

الحالات النفسية:

شكلت حوالى ربع الحالات، حيث كانت النسبة 25.2% من مجموع الحالات، وكانت معظم هذه الحالات تدور حول تعرض الأبناء لصور الاضطراب النفسى كالخوف والانطواء والقلق وصعوبة النطق، حيث تبين أن نسبة كبيرة من هذه الحالات قد ظهرت عند أصحابها بعد العدوان الغاشم لما

تعرض له الأبناء من ضغوط.

المشكلات الدراسية:

وشكلت 16.2% والتي كانت في معظمها تشير إلى عدم القدرة على التكيف مع النظام المدرسي.

المشكلات الاجتماعية:

وشكلت 15.3% وتمثلت فيما يتعرض له الأبناء من مشكلات سوء التكيف مع الأقران أو الإخوة.

المشكلات الأسرية:

والتي انحصرت في وجود خلافات أسرية خاصة بين الزوجين تؤثر بشكل مباشر على الأبناء وكانت النسبة 9.9% ثم مشكلات سلوكية 5.5% واقتصادية 4.5%.

الصعوبات التي تواجه الفريق:

1- إن فريق العمل لا يملك الصلاحية للبت في بعض الشكاوى التي تعرض عليه خاصة ما يتعلق بالإدارة المدرسية، مما يتسبب في وجود شعور بعدم الثقة من جانب أولياء الأمور.

2- يلاحظ التردد والخوف من الإفصاح عن جوانب كثيرة مهمة في بعض الحالات مما يعوق التوصل إلى الحل المناسب لمواجهة المشكلة.

3- عدم المعرفة الكافية من قبل المواطنين بالدور الحقيقي الذي يمكن أن يقوم به المتخصصون في الخدمة الاجتماعية والنفسية لمساعدتهم في مواجهة ما يعترضهم من مشكلات وصعوبات.

المناقشات والتعقيبات

د. طلعت منصور:

شكراً للأستاذة عبلة على تقديمها لهذا المشروع المصغر، وقد رأينا فيه محاولة جادة متعددة المجالات للوصول إلى أكبر قدر ممكن من أبناء هذا الوطن العزيز، ومحاولة عدم الاقتصار على جانب دون الآخر، وقد قام الإخوة بالتصدى للمشاكل. وهذا المشروع يعطينا العزم فى التفكير والاستمرار على هذا النوع من الأعمال.

د. غالى:

نشكر الابنة على هذا المسح الذى عملته عن طريق الهاتف، وأقول إنه من الممكن تنظيم الخدمة التوجيهية عن طريق الهاتف بطريقة تحقق نتائج أفضل.

لقد ذكرت الأخت أن الأعداد كبيرة، لذلك لابد أن نخصص يوماً يكون فيه متخصصون. كذلك لو يخصص لكل حالة من الحالات جدول له وقت معين، بذلك تكون الفائدة أعم وأكثر، ويكون هناك تنظيم للمقابلات فى أوقات معينة، وبهذا يحترم الناس الجلسات، فلابد من تقنين كل حالة على حدة.

أ. عبلة:

بالنسبة لدعوة المتخصصين لم تغفلها الإدارة، وحاولت دعوتهم لكنها لم تجد تجاوباً من قبلهم.

أ. عبدالتواب يوسف:

شكراً للأخت عبلة، وأنا سعيد بالتجربة لأنها بداية طيبة، توجد

مشاكل كثيرة فى العلاقة بين البيت والمدرسة، وهى مهمة جداً، والخط الساخن له دور. لابد أن يدخل المجتمع داخل المدرسة، ودور الإخصائى واضح ومهم، وبات من الضرورى فى الوطن العربى أن نقبل بوجود مراكز تعليمَ الآباء التى أنشئت فى الولايات المتحدة وأوربا.

د. أحمد جعفر:

نريد أن نعرف مضمون الهواتف وليس أرقامها. المهم هو إعداد الكادر الفنى وتأهيله تأهيلاً جيداً. لابد أن يكون هناك كوادر متدربة تدريباً جيداً. أعتقد أن الإخصائى الاجتماعى فى الإدارة ليس مدرباً على هذا النوع من الخدمات، بل هو متطوع، وهذه خدمة حساسة جداً. فما المنهج التدريبى الذى درسه فريق هذه الخدمة ليحصل على كفاءة تؤهله للقيام بهذه المهمة؟ ونجد أن الرجل سلبى جداً فى متابعة قضايا كثيرة للأبناء، كما أن عدد الطلبة المتصلين لا يتناسب مع العدد الموجود لدينا. والنقطة الحساسة هى طبيعة الحوار. فهناك مشكلات سلوكية واجتماعية ونفسية.

د. عيسى الجاسم:

تجربة وزارة التربية رائدة وعمرها قصير، ويجب أن توظف خبرات مؤهلة للخدمة الهاتفية. فما الكفاءات الموجودة للخدمة الهاتفية؟ وهل الخط الساخن يؤدى خدمة علاجية، أى هل هو جزء من العلاج؟ أم أنه مجرد خدمة بالهاتف وإن طُلبت الزيارة فإنها تُرفض؟

أ. عبلة:

أشكر الدكاترة على تعقيبهم، وإن البرنامج الذى أعدته إدارة الخدمة الاجتماعية هو محاولة فردية من الإدارة، والخدمة التى تقدمها توجيهية إرشادية أكثر منها خدمة علاجية، وكان فتح خط اتصال ليس بهدف تقديم العلاج بقدر ما هو الاستشارة والتوجيه، وهذا ما دلت عليه الإحصائيات، ولدينا (111) حالة و (6) منها تحت العلاج، و (4-5) حُوّلوا للطب النفسى وبيت الزكاة، لكن

تقريباً (100) حالة تم التعامل معها داخل المؤسسة وتحت إشراف الاستشاريين، وهذا ما يبرهن على أن أغلب المتصلين كانوا يريدون الاستشارة والتوجيه.

وأؤيد الدكتور أحمد جعفر فى قوله لابد من تطوير وصقل مهارة الإخصائيين النفسيين. وبالنسبة للإعلان عن البرنامج قد نكون مقصرين ولكن سيكون هناك إعلان فى المدارس.

د. طلعت منصور:

إن الاستشارة الهاتفية هى خدمة شاملة، مرنة، ومنظمة، وميسورة، غايتها المساعدة والإنماء، فقد تحتاج بعض الحالات إلى مساعدة على حل مشكلة أو قد تعبر عن حاجتها للتغيير، خاصةً فيما يتعلق بالإنماء الشخصى أو بالآخرين أو تربية الأبناء أو التعامل مع الآخرين، وهذا يعنى أن الاستشارة الهاتفية ليست علاجية فحسب، ولكنها تقدم المساعدة من حيث المعلومات والتعريف بمصادر المساعدة الأخرى، ومن حيث التعريف بأساليب الوصول لبعض الخدمات وليست مقصورةعلى الخدمة الاجتماعية.

كما أنها تقدم المساعدة فى تقوية إمكانات تلك الحالات على التعامل مع ما يواجهها من صعوبات ومشكلات وعلى تمكينها من مهارات حلها ومن الاعتماد على النفس فى مواجهة ضغوط الحياة.

د. غالى:

لست معترضاً على أن نقول لطالب الخدمة فى الهاتف إذهب إلى كذا وكذا، ولكن نحن نريد أن نجعل المكالمات الهاتفية جلسات تُحدث فى الفرد نمواً معيناً وتُغيّر من شخصية الفرد. المفروض أن نحاول وضع نظام وتخطيط معين بحيث تكون الجلسة علاجية، بمعنى مساعدة الفرد لجعله قادراً على معاونة نفسه، وفك ارتباطات معينة وإحلال ارتباطات أخرى، وهذا يتم بشكل واضح وجميل عن طريق المكالمات الهاتفية. وفى بحثى سميت الاتصال بأنه مقابلة، وهذا ما نريده، ويجب أن تكون

مقابلة، وهذا ما نريده، ويجب أن تكون المجموعة العلاجية ذات مهارة وتدريب جيد، ويجب عمل جلسات تدريبية للمجموعة العلاجية قبل الخط الهاتفى للاستشارات.

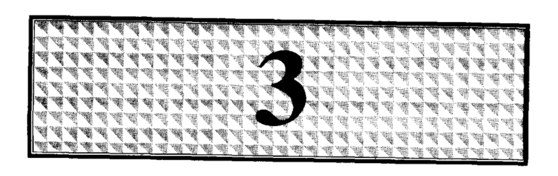
د. عيسى جاسم:

قبل فتح خط الهاتف للاستشارات يجب القيام بمسح ميدانى، وهذه خطوة إجرائية مهمة، وما يتوافر من كادر تشخيص وعلاج فى البلد، ويجب حصر جميع المؤسسات النفسية والمهام التى تقوم بها، وهل هم مثقلون بجدول مزدحم؟ ومن خلال خبرتى أجد جميع الزملاء من الإخصائيين النفسيين يواجهون كثافة ولا يستطيعون استقبال المزيد من المرضى. وإذا فتحنا الخط الساخن للحصول على الاستشارات فيجب كنصيحة للإخوان أن يروا مدى قدرة المؤسسات النفسية على استيعاب هذه المكالمات، وإلا سيكون هناك عدم قدرة وعدم فاعلية لفتح هذا الخط الساخن.

أ. عبدالتواب يوسف:

لابد من وجود خطوتين؛ لابد ممن يتلقى المشكلة أن يكون شخصاً لبقاً مدرباً تدريباً جيداً وملماً بأوضاع المستشفيات والأساتذة الإخصائيين، وأن يكون مدركاً لنوع المشكلة، وبعدها تحديد الإخصائى لمتابعة العلاج، أى أن الخطوتين هما: الاتصال مع ممارس عام

الجلسة الثالثة



نمط الاستشارات النفسية من خلال تجربة كويتية

رئيس الجلسة : أ.د عبدالرحمن الأحمد
المتحدث الرئيسى : د. لطفى الشربينى

البحث

مقدمة:

لاشك أن التعرف على الاستفسارات والتساؤلات التى تدور بأذهان عامة الناس من مختلف فئات المجتمع، والموضوعات التى تدور حولها الاستشارات المطلوبة من جانب الأفراد من مختلف الأعمار والمستويات الاجتماعية والتعليمية له أهمية كبرى عند التخطيط لتقديم خدمة منتظمة فيما يخص الاستشارات اللازمة لمقابلة احتياجات هؤلاء الأفراد.

وفى هذه الورقة محاولة لعرض خلاصة الخبرة المكتسبة من خلال تجربة

خاصة فى تلقى الاستفسارات والأسئلة من الجمهور فى دولة الكويت، وتولى الرد والإجابة عليها، وهنا سوف نحاول عرض هذه التجربة التى نرى أنها تلقى الضوء على نمط الاستشارات النفسية المطلوبة، أو على أقل تقدير الموضوعات الشائعة التى يدور حولها اهتمام الناس ويطلبون الاستشارة حولها.

الباب والمجلة:

أتيح لكاتب هذه السطور أن يكون له تجربة خاصة مع الاستشارات النفسية فى الكويت من خلال تحرير باب يحمل عنوان "العيادة النفسية"، ويتضمن بالإضافة إلى موضوع يتم عرضه فى صورة مقال أسبوعى يدور حول أحد الموضوعات النفسية التى تشغل اهتمام الناس من قراء الصحف والمجلات باباً ثابتاً يتم فيه عرض الرسائل التى يبعث بها القراء بإيجاز، ثم تقديم الإجابة لما تطرحه الرسائل من تساؤلات حسب ما تسمح به المساحة المتاحة من صفحات المجلة.

والمجلة التى تقوم بتقديم هذه الخدمة المتخصصة للرد على استفسارات القراء النفسية - إضافة إلى باب آخر يجيب على الأسئلة الطبية - هى مجلة كويتية أسبوعية ثقافية واجتماعية تحمل عنوان "حياتنا" وتنشر بالإضافة إلى ذلك موضوعات متنوعة موجهة إلى قطاعات القراء المختلفة كالشباب والمرأة وغيرهم، ويتم توزيعها فى الكويت وخارجها.

الغرض من الدراسة-العينة- الأسلوب:

كما ذكرنا فإن الغرض من تحليل رسائل القراء التى وردت وتم نشرها فى باب العيادات والتى تحمل استفسارات وتساؤلات الناس لطلب المشورة حول موضوعات مختلفة هو معرفة نمط ونوعية الاستشارات المطلوبة فى المجتمع المحلى حتى يؤخذ ذلك فى الاعتبار عند التخطيط لتقديم خدمة استشارات نفسية منتظمة للمجتمع.

وقد تضمنت العينة التى تم دراستها وتحليلها 40 رسالة تم نشرها

عشوائية للرسائل التى وردت فى عدد من الأعداد المتتالية للمجلة، وقد تم تحليل هذه الرسائل من حيث:

* الأشخاص الذين يقومون بطلب هذه الاستشارات، والطريقة التى يذكرون بها أسماءهم ويوقعون بها رسائلهم.
* المعلومات الشخصية عن الأفراد الذين يطلبون الاستشارة من حيث الجنس، والسن ومستوى التعليم، والمهنة، والسكن داخل أو خارج الكويت حسب ما يتوافر فى الرسائل من معلومات.
* الموضوعات التى تتناولها الرسائل التى يطلب فيها القراء الاستشارة ومحاولة تصنيف هذه الموضوعات حسب تكرارها، ثم عرض لبعض نماذج من هذه الموضوعات، ثم يتم عرض النتائج وتحليلها ومحاولة استنتاج النمط الذى يمكن أن تكون عليه الاستشارات المتوقعة عند تطبيق خدمة الاستشارة الهاتفية فيما بعد.

النتائج:

تم اختيار عينة عشوائية من رسائل القراء التى وردت إلى باب "العيادات النفسية" بمجلة "حياتنا" الكويتية الأسبوعية الاجتماعية، وبلغ عدد حالات العينة 40 حالة أظهرت دراستها النتائج التالية:

أولا- الأشخاص الذين يطلبون الاستشارة النفسية من خلال طريقة ذكر أسمائهم وتوقيع رسائلهم:

الأشخاص الذين يطلبون الاستشارة النفسية	عدد	النسبة المئوية
* أشخاص يذكرون أسماءهم بالرموز وأحرف الهجاء فقط.	10	٪25
* أشخاص يذكرون الاسم الأول ويرمزون بالأحرف لبقية الاسم.	17	٪42
* أشخاص يوقعون رسائلهم باستخدام بعض الأوصاف مثل، الحائرة، المعذبة، زوج حائر، وفى إحدى الرسائل وصفت فتاة بأنها المتفائلة ..الخ.	6	٪15
* أشخاص يذكرون أسماءهم بالكناية، مثلاً: أم محمد، أو أم أحمد ...الخ.	5	٪12.5
* أشخاص يذكرون أسمهم الكامل (ويطلبون عدم كتابته)	2	٪5

ثانيا- الاستشارات من داخل وخارج دولة الكويت:

	العدد	النسبة المئوية
رسائل من داخل الكويت	36	٪90
رسائل من الخارج (دول الخليج)	4	٪10

ثالثا- الجنس (الذكور والإناث) بالنسبة لأصحاب الرسائل التى تطلب الاستشارات النفسية:

	العدد	النسبة المئوية
ذكور	16	٪40
إناث	24	٪60

رابعا- المهنة أو العمل من خلال الرسائل التى ذكر أصحابها مهنتهم أو أمكن استنتاجها من محتوى ما ورد فى عرض مشكلاتهم:

	العدد	النسبة المئوية
ربة منزل	9	٪22.5
موظف، موظفة (من العاملين بالجهات الرسمية أو الخاصة)	8	٪20
طالب، طالبة	7	٪17.5
غير محدد (زوجة، أم، شاب، زوج، أعمال حرة، ..الخ)	40	٪100

خامسا- محتوى الرسائل ونوع المشكلة والاستشارة المطلوبة، وقد حاولنا تصنيفها كالتالى:

نوع الاستشارة	العدد	النسبة المئوية
* حالات اضطراب نفسى حادة مثل: القلق، الهستيريا، الميل للعنف، والتفكير فى إيذاء النفس أو الآخرين	5	٪21.5
* حالات اضطراب نفسى مزمنة، مثل: الوسواس القهرى، الأمراض العقلية مثل: الفصام والاكتئاب والهوس.	6	٪15
* حالات نفسية أخرى مثل اضطراب الشخصية وأحلام اليقظة والأمراض النفسية والجسدية (السيكوسوماتية)	6	٪15
* بعض الحالات النفسية النادرة الحدوث، مثل حالة غرام للمشاهير	2	٪5
* مشكلات خاصة بالمرأة: مثل الخلافات الزوجية، والاضطرابات المتعلقة بالحمل والولادة والدورة الشهرية	8	٪20
* مشكلات الطلبة فى الدراسة، والتوافق والحالات النفسية والسلوكية للأطفال.	10	٪25
* حالات أخرى، مثل أمراض عصبية ووسائل علاج الأمراض النفسية ومعلومات أخرى.	3	٪7.5

تحليل النتائج:

عند تحليل النتائج بخصوص الرسائل التى شملتها عينة الدراسة والتى تعتبر على الرغم من صغر حجمها نسبياً ممثلة لنوعية الاستشارات التى يطلبها عامة الناس فيما يتعلق بالمشكلات النفسية المختلفة، نلاحظ فى البداية أن معظم من يطلبون تقديم هذه الخدمة لا يرغبون فى تعريف أنفسهم، وهذا ما يمكن استنتاجه من اتجاه الغالبية المطلقة إلى استخدام بعض الرموز المبهمة للتوقيع على رسائلهم وحتى فى بعض الحالات الذين كانوا يتصلون هاتفياً بالمجلة لطلب توضيح لاستشارة معينة لم يكن الذين يقومون بذلك يرغبون فى ذكر أسمائهم الحقيقية، وهذا ما نلاحظه هنا أيضاً ويدل على أن جمهور العامة الذين يطلبون الاستشارة والمساعدة فى حل مشكلاتهم ربما يعتقدون بوجود وصمة تحيط بهذه العملية بصفة عامة ولا يودون أن ترتبط أسماؤهم الحقيقية بها.

كما أن ملاحظة وجود استشارات واردة من خارج حدود الكويت وبالتحديد من بعض الدول الخليجية يعنى إمكان امتداد الخدمة لتشمل هذه الدول إضافة إلى مناطق الكويت المختلفة.

أما ملاحظة أن المرأة أكثر إقبالاً على طلب الاستشارات النفسية بنسبة تفوق نسبة الرجال؛ فتدل على حاجة قطاع المرأة إلى المعلومات وضرورة توجيه جهد مركز نحو العنصر النسائى فى تقديم خدمات الاستشارات المنتظمة والاهتمام بدراسة المشكلات المتكررة الخاصة بالمرأة وإعداد نوعية خاصة فى الموضوعات التى تكون محل الاهتمام المشترك للسيدات.

وبالنسبة للقطاعات الأخرى التى لوحظ إقبالها على خدمات الاستشارات النفسية من خلال تحليل أصحاب مهن معينة يتجهون إلى طلب الاستشارة فى أمور تتعلق بطبيعة دورهم الذى تعرضه عليهم المهنة أو الأعمال المطلوبة منهم مثل ربات البيوت وأصحاب الوظائف المختلفة والطلاب (طلبة وطالبات)، فيمكن

الإعداد لتوجيه خدمات استشارية تتضمن توعية نوعية لهذه الفئات فيما يهمها من مشكلات.

وبتحليل محتوى المشكلات لمعرفة موضوعاتها وطبيعتها ونوع الاستفسار أو الاستشارة المطلوبة، كانت هناك ملاحظة مبدئية هي أن بعض العملاء يطلبون حلاً للمشكلة التى يعرضونها، والبعض الآخر يطلب معلومات حولها، وهناك من يسأل عن نقطة محددة تتعلق بالعلاج أو يريد تصحيح مفهوم معين لديه، ولما كانت الأزمات والمشكلات التى وردت لنا يفترض أنها تدور حول موضوعات نفسية فقد لوحظ زيادة نسبة المشكلات النفسية والحالات التى تعانى من اضطرابات نفسية حادة ومزمنة، وكذلك بعض الحالات النفسية الخاصة والنادرة الحدوث.

والأمر الذى يلفت النظر أن مشكلات المرأة والمشكلات الأخرى الخاصة بالشباب والمراهقين والأطفال تُشكل ما يقرب من نصف الحالات فى العينة مما يعطى مؤشراً عن نوعية الاستشارات المطلوبة عند تقديم الاستشارة المنظمة للمجتمع.

توصيات

فى ختام عرضنا لهذه الدراسة نوصى بما يلى من واقع ما ورد بها:

* الاستفادة بمثل هذه الدراسة كمؤشر للخدمات الاستشارية المطلوبة فى المجتمع، وأخذ ذلك فى الاعتبار عند تخطيط الخدمة الهاتفية المنتظمة.
* عدم التركيز على معرفة الأسماء الحقيقية لمن يطلبون الاستشارة لتشجيع الجمهور على الاستفادة بهذه الخدمة دون ضغط عليهم، والقبول بالاسم الرمزى الذى يختاره العميل لأغراض إحصائية احتراماً لسرية العملية.
* يوصى بالتخطيط مستقبلاً لمد الخدمة خارج حدود الكويت إلى دول الخليج الأخرى.
* يوصى بالاهتمام بقطاعات معينة

مثل المرأة والطلاب والعاملين والأطفال والمراهقين، وإعداد معلومات لدى الكوادر التى يجب تدريبها على خدمة هذه القطاعات فى تقديم استشارات نوعية متخصصة لهم.

* يوصى بتدريب كوادر لتأدية الخدمة الاستشارية وإدخال الموضوعات النفسية المشار إليها فى هذا البحث ضمن برامجهم نظراً لشدة الحاجة لدى الجمهور لطلب استشارات تتعلق بهذه الموضوعات.



عرض البحث

فى هــذه الـورقــة محــاولــة لعـرض خلاصة الخبرة المكتسبة من خلال تجـربة خاصــة فى تلقـى الاستفسـارات والأسئلـة من الجمهور فى دولة الكويت، وتولى الـرد والإجابة عليها، وذلك من خلال تحـرير باب يحمـل عنـوان "العيـادة النفسيــة"، بالإضــافة إلى مــوضوع يتــم عـرضه فى صورة مقال أسبـــوعى يدور حول أحد الموضـوعات النفسية التـى تشغـل اهتمام الناس.

بالنسبة للمجلة فهى مجلة "حياتنا" والباب الـذى أقـوم بإعداده هـو "العيـادة النفسيــة"، وقـد حاولـت تجميـع بعـض الرسائل لمعرفة الموضـوعات التـى تشغـل النـــاس والمعلــومات التــى يطلبـــونها خصوصاً فى المجال النفسى.

تضمنت العينـة 40 رسالة، وحاولنا تصنيـف هـذه الـرسائل والطريقـة التـى تُكتـب بهـا، والمعلـومات المكتــوبة، وهــل يذكـــرونها صريحـــة أو بطــريقـــة غير مبـــاشرة، وهـــل يطلبـــون معلـــومة أم استشـــارة، ومـا تضمنته هـذه الـرسائل.

نتائج البحث:

النقطة الأولى: هل يذكر طالبو الاستشارة أسماءهم:

إن معظم مـن يطلبون تقــديم هـذه الخــدمة لا يرغبـون فى تعـريف أنفسهــم، وهـذا يمكـن استنتـاجه من اتجاه الغـالبية المطلقة إلى استخـدام الرموز للتـوقيع على رســائلهم، فـأقـل مـن النصـف يوقعـون بالاســم الأول ويكتبـون الاســم الثــانى بالرموز، والغالبية لا يـذكرون أسمـاءهم،

وبعضهم من يوقع بصفات مثل: الحائرة، المعذبة، زوج حائر، وبعضهم بـ أم محمد، أو أم أحمد، ومنهم من يذكرون أسماءهم ويطلبون عدم ذكرها.

النقطة الثانية: من أين أتت هذه الاستشارات؟

غالباً كانت تأتى من دولة الكويت و10% من خارج الكويت، وهذا يعنى إمكان امتداد الخدمة لتشمل دولاً خارج الكويت، بالإضافة إلى مناطق الكويت.

النقطة الثالثة: من كان يطلب الاستشارة، النساء أم الرجال؟

من الملاحظ أن النساء أكثر إقبالاً على طلب الاستشارات النفسية من الرجال، فبالنسبة للعينة التى أجريت عليها الدراسة كان الثلثين من النساء والثلث من الرجال، وربما يرجع هذا للفضول من قبل النساء لمعرفة بعض الأمور الخافية لقلة احتكاكهن خارجياً، ونقص المعلومات لديهن.

النقطة الرابعة: مهن وأعمال طالبى الاستشارة:

تم تحديد ربات البيوت بنحو 20% والموظفون 20% والطلبة 17% والباقون يمثلون أعمالاً متنوعة.

النقطة الخامسة: تصنيف نوعية الرسائل والاستشارات المطلوبة:

على الرغم من أن هناك بعض المشكلات المركبة، إنما أمكن تصنيف الحالات مثل: حالات نفسية منها حالات اضطراب نفسى حاد أو حالات الميل للعنف أو الميل لإيذاء النفس، وهناك حالات مزمنة مثل الوسواس القهرى والاكتئاب وانفصام الشخصية. وكان البعض يذكر حالات مثل أحلام اليقظة واضطراب الشخصية، والأمراض النفسية والجسدية، ويطلبون المشورة، مجموع هذه الحالات كانت تشكل 50%، وبقية الاستشارات كانت خاصة بالمرأة مثل المشكلات الزوجية، والاضطرابات الخاصة مثل الحمل وغيرها، وهناك

استشارات للأطفال وأولياء أمورهم الذين كانوا يطلبونها، وهناك بعض المشاكل والرسائل للمراهقين، وهناك رسائل كانت عن المشاكل العصبية وطرق علاجها.

في ختام عرض الدراسة نحاول تحليل ما ورد فيها:

* ماذا يعنى عدم ذكر باعثى الرسائل لأسمائهم؟ يستفاد من هذا فى خدمة الخط الساخن بعدم التركيز على معرفة الأسماء الحقيقية لمن يطلبون الاستشارة للتشجيع على الاستفادة بهذه الخدمة دون الضغط عليهم، والقبول بالاسم الرمزى الذى يختاره العميل لأغراض إحصائية احتراماً لسرية العملية.
* يوصى بالتخطيط مستقبلاً لمد الخدمة خارج حدود الكويت إلى دول الخليج الأخرى نظراً لورود 10% من الرسائل منها.
* كون السيدات أكثر طلباً للمشورة من الرجال دليل تعطش المرأة لطلب معلومة صحيحة، لذلك علينا الاهتمام بقطاع المرأة مستقبلاً.
* إعداد معلومات لدى الكوادر التى يجب تدريبها على خدمة عدة قطاعات بجميع فئاتها من الطلاب والمراهقين والموظفين والنساء والرجال لتقديم استشارات نوعية متخصصة لهم، كلٌ حسب نوع مشكلته.
* بالنسبة لنوع الاستشارات نجد أن 50% منها كانت نفسية بحتة تحتاج لمشورة نفسية طبية بحتة، وهذا يتطلب وجود أطباء نفسيين فى خدمة الخط الساخن نظراً للحاجة الشديدة لدى الجمهور لهذا النوع من الاستشارات.
* بالنسبة للمشكلات الخاصة بالمرأة والشباب لابد من تحديد نوعية هذه المشكلات حتى يتم تحديد نوعية التشخيص والمشورة لهذا القطاع.

أمثلة لبعض الرسائل:

* طالب يفهم الدرس ولديه المعلومات

لكنه لا يستطيع الوقوف أمام الطلبة والمدرس والإجابة عن الأسئلة، وهذا ما يسمى بالخوف الاجتماعي.

* موظف عمره 42 سنة عندما يمسك القلم ترتجف يده ويخشى أن يكون مصاباً بمرض عصبى ويسأل عن حل لهذه المشكلة.

* هناك سيدة أُم تقول إن ابنتها تبلغ من العمر 19 عاماً مولعة بفنان، وتعلق صورته وتتصل به، ولكن ليس لها علاقة معه، وتسأل الأم إن كانت ابنتها قد وصلت لحالة الجنون وتطلب المشورة.

* تسأل طالبة عن ماهية العلاج بالكهرباء، وهنا تطلب معلومة.

* أماً لديها طفل عمره 8 سنوات، ولا يستطيع متابعة دروسه مع زملائه فى المدرسة، وتسأل إن كان متخلفاً عقلياً، وتطلب المشورة.

* سيدة تتعاطى أقراص الفولين وتخشى من إدمانها وتطلب المشورة.

* أحد الأشخاص يقول بأن زوجته تخشى من الصراصير وتحدث لها حالة فزع شديدة وهستيريا، ويسأل إن كانت هذه حالة نفسية أم ماذا؟

* مريض نفسى أخذ دواء، وأحدثت له أعراض، فيسأل هل هذه أعراض جانبية للدواء أم ماذا؟

* طالب تخرج من الثانوية العامة، ويعانى من صراع شديد بين رغبة والده فى دراسة الهندسة وحبه الشديد لدراسة الطيران فى الخارج ويطلب المشورة.

* سيدة تشتكى من الصداع وتسأل إن كان بسبب نفسى أو بسبب عضوى.

* فتاة تعشق عملها، ولكنها لا تطيق الذهاب للعمل، وتحس بإجهاد وإرهاق شديد بوجودها فى العمل.

* شخص يقول إنه يغسل يديه مرات عديدة متتابعة، ويأخذ وقتاً طويلاً فى غسل يديه، وهذا يعانى من الوسواس القهرى.

* سيدة حديثة الزواج تقول أنجبت ولداً ولكنه كان كثير البكاء، وتسأل ما إذا كان طفلها عصبى المزاج أم أنه يعانى من أمراض عصبية.
* طفل لديه تبول لاإرادى وأحلام يقظة، وهذه مشكلة خاصة بالأطفال.
* تسأل سيدة عن دور التلفزيون فى التشنج العصبى.
* تقول طالبة أنها لا تجلس مع صديقاتها وتفضل الانعزال والجلوس وحدها.
* إمرأة تقول إن طفلها يقضم أظافره.

ماذا نخلص من هذا البحث:

* لابد من الاستفادة من هذه الأمثلة عند الاعداد لفتح دراسة لعمل خط مباشر للاستشارات النفسية، ولابد من الرجوع لهذا النمط من المشاكل والاستشارات، ونراجع وزارة الإعلام عن الاتصالات التى تُجرى للإذاعة والتلفزيون عن بعض هذه الحالات التى تصل إلى البرامج.
* إن الناس الذين يتصلون لطلب الاستشارة لا يرغبون فى ذكر أسمائهم أو عناوينهم، لذلك يجب عدم الضغط عليهم.
* يجب إعداد العدة لاستقبال المكالمات من الخارج من دول الخليج التى تطلب الاستشارة.
* يجب الاهتمام بقطاعات مختلفة مثل المرأة والطلبة والعاملين فى الوظائف الخاصة والعامة والأطفال والمراهقين الذين يطلبون الاستفسارات والاستشارات.
* نوصى أخيراً بتدريب كوادر لتأدية الخدمات الاستشارية والنفسية والاهتمام بهذه الموضوعات، وتكون لديها خلفيات وملمة بموضوعات مختلفة وذات تخصصات عدة ومتنوعة.

المناقشات والتعقيبات

د. أحمد:

بعد الاطلاع على الورقة وسماع المحاضرة، يقول المحاضر أن مشاكل المراهقين والمرأة تشكل 50% من الحالات، وأقول المفروض أن هذه المشاكل تشكل 80% وأكثر من هذا أيضاً، لأن المرأة نصف المجتمع بل أكثر، والشباب يشكلون أكثر من 50% إذن هذا يعطى مؤشراً إلى أن مشكلات المرأة والمراهقين هى السائدة.

لماذا تسأل المرأة؟ أعتقد لأنه لا توجد وسيلة للمرأة للتعبير فيها عن القهر الذى تشعر به، بعكس الرجل الذى لديه الديوانية التى يعبر فيها عن مشاعره ويتخلص من التعب والإرهاق. أما المرأة فهى لديها كذلك الأولاد وهذه مسؤولية كبيرة، لذلك من الطبيعى أن يكون الرجل أقل تساؤلاً من المرأة.

إن قول 16% غير محددين تسبب لدىّ حساسية خاصة، المفروض أن الطلبة تزيد نسبتهم عن النسبة الموجودة، لأنهم يشكلون أكثر من نصف المجتمع، وعدم كتابتهم تدل على أن الكثير منهم يرى أن لا جدوى من التحدث أو الكتابة إلى أخصائى نفسى، لكن مع وجود الخط الساخن للاستشارات سوف تزيد نسبتهم.

أؤيد كلامك بوجوب إجراء مسح دراسى ميدانى لكل المشكلات التى عرضت فى الصحف والمجلات بعد التحرير، وقد تغيرت المشكلات نوعاً وكماً بعد

التحـرير، وتوجد حالات انحـراف أكثر مما كانت عليه قبل العدوان، والانفتاح الآن على الطالب والطالبة صار أكبر مما كان عليه قبل العـدوان، وأصبـح الفـرد يعـارض ولى أمـره والـزوجة تعـارض زوجها، والمواطن يعارض عضو البرلمان أو الـوزير، وكـأنه يريد أن يبـوح، فهل هو محتاج لهذه الخدمة ولمعرفة القضايا التى تحتاج لنصح؟

د. طلعت منصور:

لدىّ رؤية أخرى أترجم بها هـذه المناقشات من منظور اهتمامنا من الإنماء والإرشاد النفسى. كل ما نمارسه هو من خلال وسائط ولها حدود، والتفاعل بين المرشـد والحـالـة فى مـراكز العلاج هـو تفاعل مباشر، والتفاعل فى الخط الساخن هو تفاعل لفظى. وتوصيل رسائل كتلك التـى تكلـم عنهـا الـدكتور هـى تفـاعل مكتـوب، ولهـا جدوى فى حدود معينـة واستخـدامات لا تتجـاوزها، أياً كـان مستـوى هـذه الخـدمة أكانت تقنيـة، أم بسيطـة، أم مـن مستـويات متعـددة، ويمكن أن نعتبر هـذا الـوسيـط مـن قبـل الـوسائط الباردة Cool Media فى مقابل الـوسائط الدافئة أو الساخنـة Hot Media من خلال التليفون، ولكن الذى يعـرضه الـدكتور هـو مـن النـوع الأول وهـذا مـا يجعلـه محـدود التـأثير فى مجـالات معينـة واستخـداماته محـدودة، ولكن هذا لا يقلل من شأنه.

ماطرحه الدكتـور يعبّر عـن بعـض استراتيجياتنا فى الخدمة والإرشـاد وهو ما نسميه تعرّف الحاجة إلى تلقى خدمة إرشـادية أو خدمـة إنمـاء، وذلـك لمن يشعـرون بأى اضطـرابات كـالنقص أوالخلل، وأيضاً للأصحاء وهـذا البحث يوجهنا إلى التعرف على حاجات الجماهير التى سنوجه إليها خدماتنا بكافة أنواعها، والبحـث هنـا ينتمـى إلى بحـوث المماثلة Simulation ومـن الممكـن أن نستشف منه توجهات تفيد فى مشروع الخط الساخن.

أ. عبد التواب يوسف:

نحن نحاول أن نحل مشاكلنا ليس

بالهاتف وإنما بشتى الطرق، وإن ما طرحه الدكتور الشربينى يؤيد ما ذهب إليه الدكتور منصور؟ وهو أن الهاتف أحد السبل وليس السبل كلها، ونحن هنا مع الكتابة والبريد وهى مكملة للتليفون ولا يجب إهمالها، ولا ننسى رسائل الأطفال إلى برنامج تلفزيونى، وبعض رسائلهم كانت للاستفسار والأخرى للتعبير عن الرأى والنوع الثالث عن المشكلات والصعاب.

كذلك الأبواب فى الصحف اليومية والأسبوعية يجب الوقوف عندها ودراستها ولا يجب إهمالها واعتبارها أخباراً أدبية أو قصصاً. هناك اختلاف بين المطبوع وبين الشفاهى.

السرية فى كتابة الرسائل شيء مهم، والأسرار هنا فى غاية الأهمية حيث استقالت وزيرة الصحة الألمانية بسبب تكلمها عن حالة وأفشت عن سر يجب ألا تفشيه، وهنا علينا أن نكون أمناء على أسرار الناس عند علاج الحالات.

د. محمد غالى:

إن الاتصالات والرسائل هى مجموعة من الرسائل إن كانت تليفونية أو مكتوبة. وقد عرض الدكتور أمراضاً كثيرة فيها تداخل، وكان بالإمكان تبويبها بشكل أفضل، وكل مرض تحت بند من الأمراض المشابهة.

فى عرض الدكتور أردنا أن نسمع عن كيفية تحويل هذه الرسائل إلى موقف استشارى علاجى فى الأسلوب التليفونى، وهو يعرف أن الأمراض هى مجموعة الأعراض التى يعرفها المعالج النفسى والتى يمكن أن نضعها تحت تسمية معينة، فهل نستطيع من خلال هذه الأرقام الخروج بمجاميع ذات تسمية مختلفة؟!... كنا نريد أن نتعلم كيفية التعامل مع العميل فى المقابلة الهاتفية، وتوضيح كيفية التكلم معه لمعرفتنا عن مدى حاجته للمساعدة من قبلنا.

د. لطفى:

إن الدراسة أجريت فى الشهور

الأخيرة، وهذه المشكلات هى شائعة من خلال عملنا، والباب لا يحتوى على استشارات مختلفة وبكل أنواعها، لأن الرسائل ليست شاملة، والباب يختص بالمشكلات النفسية.

من ناحية أن كون 40 رسالة هى شاملة لمختلف الأمراض والمشاكل، لهذا الكلام تعليق من الناحية العلمية. أما بالنسبة للمجموعة غير المحددة، فهى من ناحية العمل وليس من أى ناحية أخرى، أى ماذا يعمل وما هى مهنته؟

بالنسبة للمرأة لم أقل أنها ثرثارة، بل أقول إن كثرة سؤال المرأة يدل على ناحية إيجابية وهى حرص المرأة على الحصول على المعلومات الصحيحة، وبذلك سيكون تعامل السيدات مع هذه الخدمة أكثر من الرجال، والدافع الذى جعلنى أذكر هذه التجربة الكويتية أن الدوافع عندنا تختلف عما هى عند الغربيين فى نوعية الاستشارات، ففى الغرب يتصل أحدهم ويقول سوف أنتحر الآن، وتتصل سيدة كبيرة فى السن وتقول إنها جالسة لوحدها وتريد حلاً لمشاكلها، ويقول آخر أنه تناول الكحول بكثرة وهو فى حالة سكر وأنه يعانى من الإدمان. ونادراً ما نواجه مثل هذه المشاكل فى مجتمعنا لأن الثقافة تختلف ويجب النظر إلى ثقافتنا لأن المراجع تنفعنا، وهذا الرد على السؤال، لماذا كانت التجربة كويتية بحتة؟

بالنسبة لعملية تصنيف الأمراض، ليس هذا مجال للتحدث عن التصنيفات، وأنا لاأرى كادراً كبيراً جداً والمتخصصون فى مجال الخدمة النفسية قلة، وهذا يوضح أن ذكر استشارات أو تصنيفات أو مفردات طبية ليس مفيداً جداً فى هذا المجال أو البحث. أما عن كيفية الاستشارة بصفة عامة، فليس المقصود بها النصح فقط، وليس تقديم معلومة فقط، أو تقديم مساعدة مادية، أو وجود نقص فى وظيفة. الاستشارة هى عملية تفاعل بين الشخصين الذى يقدم هذه الاستشارة والعميل بعد ما

يحصل نوع من الاستماع الفعال، ويجب تدريب الكـوادر على عمليـة الاستمـاع الجيـد لأنهـا تكـون عبـارة عـن علاج فى بعـض الحـالات، وهـى ليسـت عمليـة بسيطـة، ولهـا أصـول وقـواعـد تقـوم أساساً على الاستماع الجيد المتفاعل مع المريض.

د. طلعت:

أود ألا أثير جدلاً يتعلـق بمـا هـو نفسى وما هو طبى، ولكنى أود أن أؤكـد أن التصنيــف للأعــراض ولــزملات الأعراض فى فئات تشخيصية لأمراض أو اضطرابات نفسية أو عقلية أو سلوكية، هو من صميم عمــل السيكــولوجى الإكلينكـى، وحيـث يحمل خلفيـة علمية ومهـارية فى علـم النفـس المرضـى وعلـم النفــس العلاجى. ونلتــزم نحــن السيكولوجيين بالتصينـف الـذى قـدمته وطورته وعدلته "الرابطة الامريكية للطب النفسى" فى "الـدليل التشخيصـى والاحصـائى للاضطـرابات النفسيــة- الثالث المعدل" والمعروف بـ "DSM-III".

نقطة أخرى هامة لها دلالة فى عملنا الارشـادى والعلاجى وهـو الحيطـة مـن استخـدام المسميـات ذات الطابع السلبـى (المرضى) مع الحـالات .. فهـل تسميتك للباب فى تلك المجلة بـ "العيادة النفسية" هو تسمية سليمـة؟ لى رأى آخر مخـالف لذلك، فأعتقد أن هــذه التسميــة تعطـى إيحـاءً بالسلـب، أى إيحـاء بالتــوجهات المرضية .. أليس من الأجدى تسمية ذلك البـاب مثلاً بـ "صحتـك النفسيــة"، فهـذا أفضل لما له من توجه إيجابى وخاصة أن هذا على المستــوى الإعلامــى (مجلـة).

د. محمد غالى:

إن الرسائل المكتوبة تعد مـن الخـط البـارد، ونحـن نريد المقـابلة الهـاتفية مع المخترعات الهاتفية الملونة التـى تسـاعدنا على إدراك مشكلة العميل بواسطة تقاطيع وجهه وحركة يديه، لأن ذلك لا يستطيع كتابته فى الرسالة، فلابد لنا من أن نجعل المكـالمة وسيلة فعـالة لتـوصلنـا إلى عمـق المشكلة.

التسميـة ليست سيئة وإنمـا هـى جيدة.

يجـب التـدريب على أنواع المشـاكل وكيفيـة التعامـل معها، وأن كـل عـرض فى هذا الموضوع يجب أن يقسـم لـوحدات، وأهـم شىء للمتـدرب أن يعـرف إن كـان عند المريض أرق أو قلق وما هى شكواه.

د. أحمد:

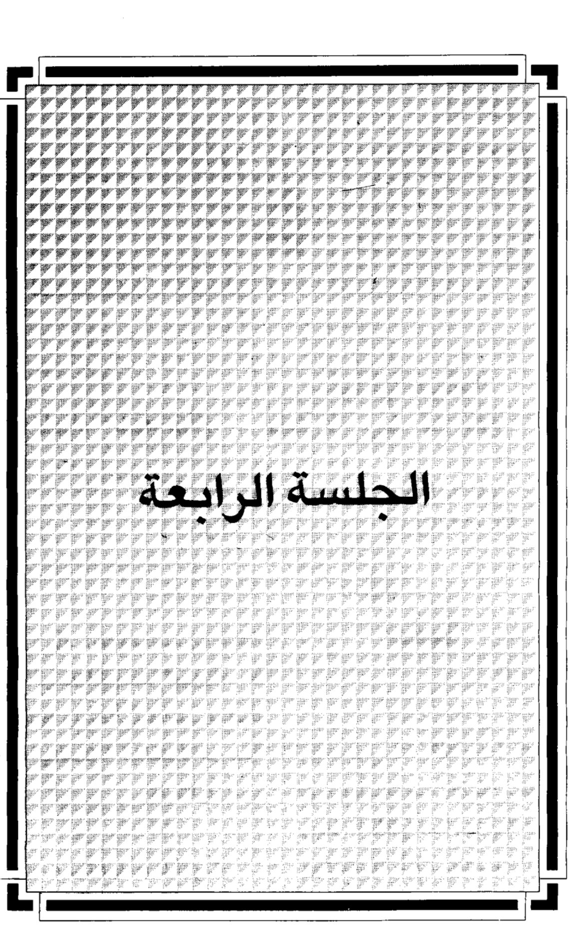
الـرسائل تعتبر خطـأً بارداً، لأنى أسـأل فى رسـالة وأنتظـر الإجابة، ولا يوجد هنـاك تفاعل، أما فى المقـابلة فهناك أخذ ورد وينبنـى على ذلـك أمـور كثيرة، ومـن الممكـن أن يغير المريض المعلـومة، ولكن من خلال الرسائل لا يفعـل ذلـك، والإذاعة توسعت فى عرض المشاكل على الهواء بمقابلة شخص مسؤول، وهـذا شىء جيـد لأنه مـن الممكـن ألا يعـرف المتصـل الكتـابة، ويكـون فى كلامـه أكثر واقعيـة وتحـس بارتفـاع وانخفـاض التفـاعل،. وبالنسبة للعينـة لو كـانت أكبر لكان أفضل.

د. لطفى:

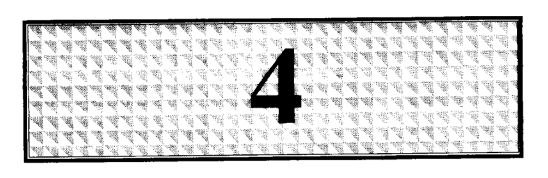
نحـن دائمـاً ندعـوى لاستخـدام مصطلحات تكون مقبولة لدى الناس وأنا مع الدكتور طلعـت فى هـذه التسميـة المقترحة.

الصوت مهم جداً فى الاستشارة هذا لو كان المريض أمـامى لأن الإشـارات تعطـى دلالات معينـة، وعـاطفـة معينـة تُحمّـل للكلام وهـذا يعطـى إشـارات مختلفة.

بالنسبـة للمشـاكل التـى تُعـرض فى الإذاعة وفى الصحافة تختلف عن المشاكل التـى تكـون على الخـط السـاخن، لأنهـم سيتكلمـون بحـرية، وهنـاك مشكلات يتحـرج أصحـابهـا مـن ذكـرها ولا أحد يعـرف أن لـديهـم مشكلـة وهـؤلاء مـن سيكونون زبائن الخط الساخن.



الجلسة الرابعة



المقابلة الهاتفية ودورها فى الارشاد والتوجيه والعلاج

رئيس الجلسة : د. لطيفة الرجيب
المتحدث الرئيسى : أ.د محمد أحمد غالى

البحث

مقدمة:

لقد أصبح الفكر النفسى يتجه إلى العلاج النفسى الذى هو عبارة عن الإجراءات التى تتم لتحقق للأفراد الذين يعانون المتاعب النفسية أو الاجتماعية درجة من الارتياح، بما يعنيه العلاج النفسى من مساعدة الفرد على أن يعاون نفسه لمواجهة الضغوط النفسية الحياتية بأسلوب توافقى أفضل، أو ليواجه الضغوط الاجتماعية الاقتصادية بسهوله ويسر فى التوافق.

يتم ذلك بعملية تهدف إلى تغيير الفرد نحو ذاته، أو نحو مفهومه عن

ذاته، أو تغيير المجال السلوكى الذى يعيش فيه بتغيير مؤشرات بيئية كانت تشكل فى حياة الفرد ضغوطاً لم يستطع مواجهتها أو التغلب عليها، رغم ما يمكن أن يكون لديه من استعداد Capabilities وإمكانات Potentialities معينة لم يستطيع استغلالها لمواجهة ضغوط الواقع، ولهذا فإن العلاج النفسى، أو التوجيه والإرشاد النفسى يكون دائماً شاملاً كل جوانب شخصية الفرد بما فيها ديناميات سلوكه من البيئة التى يهدف الإرشاد والتوجيه والعلاج، إما لتغيير اتجاه الفرد نحوها، أو تغيير مؤشرات البيئة حيث يوفر ظروفاً أفضل للفرد ليحقق درجة أفضل من التوافق الجيد Environment Elemination & Adjustment

فى ضوء هذا التعريف الاجرائى Operational تكون إجراءات التوجيه أو الإرشاد أو العلاج فى حاجة إلى التفاعل بصورة أو أخرى، بين المرشد Counseler والعميل Client الطالب للمعاونة العلاجية أو مستحقها، أو الإرشادية والتوجيهية، سواء كان فرداً أو أسرة أو جماعة. إن هذا نوع من العلاقة التى تُعرف بالعلاقة المهنية الضرورية لعملية الإرشاد والتوجيه والعلاج القائم على التفاعل بين طرفين Interpersonal Interaction. ولقد تطورت هذه العلاقة من العلاقة العلاجية بمنهج التوجيه الدينى، ثم التحليل النفسى والتنويم المغناطيسى، والعلاج التحليلى المختصر وغيره، إلى العلاج بالاسترخاء وإضعاف وقطع الشعور أو الإحساس بالمشكلة Desensatization إلا أنها كلها على العموم تعنى وجود علاقة فنية مهنية Rapport من نوع أو آخر تكون متضمنة فى عملية العلاج أو الإرشاد والتوجيه. ولقد أدى ذلك كله إلى نوع من المركزية Centerelization للعلاج والتوجيه فيما يسمى العيادات النفسية Clinics التى عاشت طويلاً تتحمل عبء علاج من يحتاجون إلى العلاج، إلى أن تغيرت الظروف والأوضاع بحيث لم تصبح فى متناول كل من يحتاجون للمعاونة الإرشادية أو

الاستشارة أو العلاج، وذلك لما فرضته الحياة الحديثة من قيود وموانع تحول دون سهولة التفاعل المرغوب بين الموجه والعميل بأسلوب فيه مواجهة مباشرة Direct Face to Face Interviewing . وذلك مما توضحه المسلمات التالية:

أ) المسلمات: يسلم البحث قبل الدخول في الموضوع بما يأتي:

* أن الضغوط الناجمة عن ظروف المدنية قد زادت من أعداد من يحتاجون للتوجيه والإرشاد اقتصادياً أو اجتماعياً، ذلك أن الحياة لم تعد بسيطة الجوانب والمطالب كما كانت، بل زاد تعقيدها خاصة بعد الثورة الصناعية والتقنيات الحديثة.
* والتوجيه والإرشاد يحتاج إلى مواجهة ما واحتكاك بين العميل والموجه المعالج، وبدون ذلك لايحدث التغيير المنشود بسهولة ويسر.
* ثم إن حاجة العلاج والتوجيه للمواجهة والاحتكاك المباشر يواجهها صعوبات جمة منها:

- اتساع رقعة العمران وصعوبة المواصلات، خاصة في المجتمعات الحديثة الممتدة.
- زيادة الأعداد ممن يحتاجون للإرشاد والتوجيه خاصة بعد الحروب والكوارث التي امتاز بها القرن العشرون.
- تعدد وتنوع المشكلات التي تشكل الضغوط النفسية على هؤلاء، فهي إما اقتصادية أو اجتماعية أو نفسية أو هي مجتمعة Psychobiosocial Stresses .
- أساليب القياس النفسي هي نوع من التعرف على شخصية العميل ولكنها وحدها لا تكفي أو تفي بالأغراض التي يمكن تحقيقها بواسطة التفاعل المباشر Direct Interpersonal Interaction كما هو الحال في المقابلة مثلاً أو العلاج بالاسترخاء.

كل هذه الأمور دفعت المشتغلين

بالإرشاد والتوجيه النفسى إلى البحث عن أساليب بديلة للعلاج والإرشاد، تغنى عن العلاج بالمواجهة المباشرة Direct Interviewing .

هذا ويضاف إلى المسلمات السابقة أخرى تتعلق بالعملاء أنفسهم حيث نجد أن أعداداً كبيرة من الذين يحتاجون لأساليب العلاج والتوجيه، يعزفون عن الاستفادة من هذه الأساليب المباشرة لواحد من الأسباب الآتية:

أ- عدم الرغبة فى الكشف عن مكونات فى حياتهم وشخصياتهم، وهؤلاء غالباً يعانون بدرجة عالية من الانطواء Introversion أو هم من الذين يميلون للتفكير الإحترادى Autistic الذى يتمشى مع تكوينهم الانطوائى Inwardized.

ب- فبعضهم يرى صعوبة جمة فى توفير المواصلات اللازمة للوصول إلى مراكز العلاج فى حالة إقامتهم بعيداً عن العمران الذى امتد فى أغلب التجمعات والمجتمعات الجديدة بصورة جعلت العيادات النفسية فى غير متناول الجميع.

ج- بعض الحالات تعانى من قلق المواجهة بما لايسمح لهم بمواجهة البشر أو الخوف من البشر Stagefright Anthropobia الموجه خصوصاً مع الخجل الشديد الذى يكفهم عن الكشف عن خفايا شخصياتهم، وهذا ما يعرف بقلق المواجهة. هذا إلى تزايد أعداد من يحتاجون للمساعدات النفسية أو التوجيهية بعد الأحداث والحروب والكوارث المدنية فى طول الدنيا وعرضها، مما يصعب معه توفير الأخصائيين فى التوجيه والعلاج النفسى بما يكفى لمواجهة هذه الأعداد المتزايدة.

د- ناهيك عن الاتجاه السلبى Negative Attitude نحو العلاج النفسى أو التوجيه والإرشاد لدى كثيرين ممن لا يؤمنون بذلك الإجراء العلاجى أو يعتقدون أنهم سوف تطلق عليهم وصمة الجنون Stegma إذا هم لجأوا لمن يحسن

توجيههم أو إرشادهم أو لمعاونتهم على مزيد من بذل الجهد لمواجهة مشكلاتهم.

هـ- فى كثير من الحالات تدور محاور المشكلات التى تحتاج لموجه حول محاور موضوعات الجنس أو العلاقات الجنسية بأنواعها، مما يجعل الفرد يفضل أن يلوذ بالصمت فيها، وإخفائها بالرغم ما يترتب عليها من صراعات نفسية.

و- الستار الذى يتمسك به أفراد كثيرون "وإذا بليتم فاستتروا" يلعب دوراً كبيراً فى كف الناس عن علاج مشكلاتهم الزواجية أو الاقتصادية بمعاونة من موجه أو مرشد.

أمام هذه العوائق والصعوبات اتجه الفكر النفسى للبحث عن العوائق بأساليب جديدة تساعد على معاونة من يعانون الاضطراب أو الفشل فى مواجهة الضغوط التى تحيط بهم، مع حفظ ماء الوجه وفعالية أو تلافى أسباب الخجل أو العزوف عن المواجهة، لهذا لجأ الفكر النفسى إلى بعض الأساليب: منها:

1- العلاج الجماعى أو الجمعى الذى يعالج مشكلة نقص الأخصائيين وكذلك مشكلة الشعور بغرابة أو شذوذ الفرد بالنسبة لأقرانه Feeling of Inadequacy.

2- العلاج بالاتصالات البريدية، حيث تتم عملية التوجيه والإرشاد بواسطة أخصائيين فى المشكلات الاجتماعية أو النفسية أو الزواجية يردون على رسائل القراء سواء بالصحف أو بالمراسلات الشخصية، وهو أسلوب شاع استعماله أخيراً وفيه يحتفظ العميل بسرية شخصيته ومشكلاته.

3- إن الجهود المبذولة لاتمام عملية الإرشاد والعلاج دون جرح إحساس العميل تقوم على فكرة (تعتيم) شخصية المعالج بالنسبة للعميل وتعتيم شخصية العميل بالنسبة للمعالج فى كل جوانبها ما عدا الجانب الوحيد الذى تنطلق منه الرغبة فى الاستشارة أو العلاج

لدى العميل.

ولقد عرفت هذه الطريقة أو الأسلوب منذ قديم الزمان حين لجأت المذاهب الكاثوليكية بالذات إلى ما يعرف بالاعتراف فى كراسى الاعتراف المنتشرة كثيراً فى أغلب دور العبادة الكاثوليكية، وفيه تختفى شخصية الموجه وهم من رجال الدين غالباً عن أنظار العميل كما تختفى أو تخفى شخصية العميل عن المعالج، ويتصل كل منهما بالآخر عن طريق عملية التفريغ أوالاعتراف Confession & Catharsis بصورة بعيدة عن المواجهة، ولايزال رجال الدين الإسلامى يلجأون إلى التوجيه والإرشاد غير المباشر عن طريق دور الفتاوى حيث يجيب موجهون دينيون على مشكلات الأفراد إما بالمراسلة أو المكالمة التليفونية دون مواجهة وهذه طرق تختلف عن التوجيه والإرشاد بالمقابلة الهاتفية حيث تستمر مدة أطول وتحتاج أو تحقق تفاعلاً أطول وتظل مستمرة حتى يتم تخلص العميل من مشكلته وصراعاته.

المقابلة الهاتفية
ووضعها فى المقابلة الارشادية

يتضح من العرض السابق أن المقابلة تشكل عنصراً ضرورياً فى جميع إجراءات الإرشاد والتوجيه والعلاج. وذلك لأنها تشكل موقفاً من التفاعل البشرى المهم والمؤثر فى إعادة بناء شخصية العميل، والذى ينقص الكثير من الأساليب الأخرى، وهى هنا تفضل الكثير من الأساليب المتبعة فى الوصول إلى أعماق وديناميات وتنظيم شخصية العميل، أو الكشف عن مصادر متاعبه.

فالاختبارات النفسية والقياس النفسى مثلاً لا توضح كل جوانب الشخصية بل تقيس عينات محدودة من سلوك، بينما الحقائق التى يتوصل إليها الموجه عن طريق المقابلة تكون أكثر شمولاً Comprehensive وأكثر واقعية Realistic من حقائق القياس النفسى التى قد يتلاعب بها العميل، وقد تكون مصطنعة Steriotyped.

كما أن المقابلة تتيح للمعالج أو

الموجه فرصة أفضل لتلمس مشكلة العميل ومدى تأثره بها وذلك عن طريق ملاحظة سلوكه وانفعالاته Emotional Reaction عند تفريغ شحنته الانفعالية Catharsis كما تفيد المعالج فى ملاحظة ايماءات العميل وتقاطيع وجهه أثناء المقابلة.

والمقابلة فيها تفاعل بشرى مرغوب تتيح للمعالج أن يكوّن علاقة مهنية - لا تتكون بالقياس النفسى - وتساعد على مزيد من التفريغ ومزيد من التواصل النفسى الذى يساعد على توجيه وإرشاد العميل بدرجة أكثر تأثيراً وفعالية.

إن أساليب الكشف عن الشخصية التى تقوم على القراءة وانفراد العميل بورقة أو صورة تقلل من فرص ادراك العميل بدرجة تعاطف الموجه واهتمامه بمشكلته فى الاختبارات الورقية Paper & Pencil tests أو مايعرف باختبارات الورقة والقلم، فقد يخطىء المفحوص فهم المقصود من بعض الفقرات وبذلك تصبح استجاباته مضللة للموجه بينما فى المقابلة يتم شرح غوامض الأمور بسهولة ومباشرة.

لا يستطيع العميل أن يغلف استجاباته للمقاييس الورقية بالغلاف الانفعالى الملائم، لذلك كله فإن المقابلة تفضل الكثير من أساليب ومناهج البحث فى علوم النفس والاجتماع التى تهدف إلى سبر غور الفرد أو دراسة المشكلة التى يعانى منها العميل أو أبعاد شخصيته.

مع ذلك، فإنه يقوم دونها صعوبات ومشكلات وجوانب نقص سبق الإشارة والتنويه إليها فى المسلمات وكان لابد من وسيلة من المقابلة مع التقليل من جوانب لابد من النقص فيها إلى أدنى حد ممكن.

ويرى كثير من العلماء أن المقابلة الهاتفية Teleinterview تحقق الغرض من المقابلة بدرجة كبيرة مع تلافى الكثير من عيوبها أو معوقات أدائها على الوجه الأفضل، إذ إنها تشترك مع المقابلة وجهاً لوجه فى إيجابيات كثيرة.

المقابلة الهاتفية

تعتبر المقابلة الهاتفية أسلوباً من أساليب التفاعل بين الموجه والعميل بطريقة تخفف من حدة أنواع الحرج أو المحاذير التي تبرز في حالات المقابلة المباشرة (المواجهة أو المقابلة وجهاً لوجه (Face to Face Interview وهو أسلوب في التوجيه والإرشاد يستعمل في كثير من المجالات الدينية والاقتصادية والاجتماعية، بل التربوية، فيها يسمع العميل ولا يرى كما يسمع الموجه ولا يرى كذلك. ومع ذلك يتم بينهما درجة من التفاعل أو التأثير المتبادل تكفي لعمل التوجيه أو الإرشاد أو حتى العلاج النفسي الهاتفي ولقد ساعدت التقنيات الحديثة على حسن الاستفادة من هذا المنهج في التوجيه والإرشاد بما ظهر حديثاً من الاختراعات الآتية:

أ- الهواتف المتعددة المداخل والمخارج بحيث يسمح ذلك بعقد جلسة يشترك فيها الآباء والأمهات وتحقق بها بعض الجوانب الهامة من العلاج الأُسرى.

ب- ظهور التلفونات المتنقلة Wireless التى تساعد العميل على أن يتصل بالمرشد أو الموجه بحرية "كاملة" وإخفاء أى سرية بحيث لا يسمعه أو يراه أحد ممن لايحب أن يكشف نفسه أمامه، فهو يمكنه أن ينتقل بالهاتف المتنقل بعيداً عن أسماع المتصنتين، خصوصاً إذا كان يؤلم مشاعره أن يعرف الغير أنه بحاجة للعون والعلاج أوالاستشارة.

ج- ظهر كذلك أنواع من الدوائر التلفزيونية التى يرى فيها كل من العميل والموجه بعضهما بعضاً بطريقة ألكترونية تحقق الوعى بما يظهر على العميل أثناء المقابلة من انفعالات أو مشاعر يغلف بها حقائق مشكلته، بما يساعد الموجه على سبر غور المشكله وعمقها فى نفس العميل.

وبالاستفادة من هذه التسهيلات التقنية الحديثه، يمكن أن تصبح المقابلة

الهاتفية قريبة الشبه من المقابلة المباشرة من حيث وظيفتها أو الاستفادة منها.

لهذا، فإنه يجدر بنا هنا أن نستعرض دور المقابلة فى الإرشاد، والذى هو يتحقق بشكل ما بالمقابلة الهاتفية.

دور المقابلة والمقابلة الهاتفية فى الإرشاد والتوجيه:

لعل من أهم الأدوار التى تلعبها المقابلة عامة، والهاتفية خاصة هو ما يأتى:

أ- التفريغ الانفعالى:

وهو ما ينطلق به العميل من الشكوى أو التعبير الحر عن مشكلته التى يعانى منها بلغة العميل نفسه، لا بلغة القياس النفسى أو غيره، وهى عملية تساعد على انطلاق وإطلاق النوازع والافكار السلبية Negative Attitudes التى تؤرق العميل وتسبب له الصراعات الذاتية.

وعملية التفريغ لهذه النوازع والاتجاهات تتم بحرية كاملة إذا اتخذ الموجه الأسلوب غير الموجه Non-Directive وتفيد هذه المواجهة العميل فى أنها:

* تساعد على ظهور النوازع الإيجابية بعد السلبية، حيث تعتمد العملية على ما يمكن تسميته بالتداعى الحر أو الطليق Free Association.
* وهنايكون دور الموجه الإيحاء إلى العميل بمزيد من الوعى باتجاهاته الإيجابية يبنى عليها العميل بإيعاز من الموجه مزيداً من الاتجاهات الإيجابية التى تقوى موقف العميل الإيجابى من موضوع شكواه، وبذلك يرى الموجه كل اتجاه إيجابى ينميه ويزيد عليه، وبذلك تضعف بالتدريج الاتجاهات السلبية، لتحل محلها الإيجابية.
* ثم إن التفريغ يساعد على مزيد من وعى العميل بمشكلته وواقعها، ومن أسهموا فيها، والظروف التى أحاطت بها وتسمى هذه بعملية

الاستبصار Insight الذى يعنى أمرين:

- الأول، تحديد مشكلة العميل، ومدى عنفها، ومدى وقوفها عائقاً دون توافقه السليم Adjustment.
- والثانى، الربط بين الظروف والأشخاص والأوضاع والعلاقات الاجتماعية المختلفة، وبين ما يعانيه من أعراض Symptoms أو شكوى Complaint.

هذا التفريغ الانفعالى يتحقق أحياناً بصورة أفضل بواسطة المقابلة الهاتفية حين لا يشعر العميل بأى حرج أو خجل وهو يواجه إنساناً بمشكلته. هذا وتساعد السرية الكاملة، والتعتيم لشخصية العميل وأحياناً لشخصية الموجه والتقييم أن تكون عاملاً مهماً يساعد على انطلاق طاقات الفرد ورغباته وحريته فى الانطلاق فى التفريغ دون حذر أو وجل أو إخفاء لجزء من مشكلته أو عامل من عوامل تطورها مادامت المقابلة الهاتفية تعنى الثقة التامة، فى سرية العميل وفى سرية ما يذكره من معلومات. وفى هذا المقام يفضل المقابلة المباشرة (وجهاً لوجه) المقابلة الهاتفية فى مزيد من وعى الموجه بمشكلة العميل واتجاهه نحوها، ومدى وعيه بما يراه على تقاطيع وجه العميل يسمعه فى نبرات صوته أثناء عملية التفريغ بما يزيد تقييم الموجه لمشكلة العميل بدقة وموضوعية، وهو الأمر الذى تفتقر إليه المقابلة الهاتفية، ولو أن الكثير من المخترعات الحديثة قد عالجت هذا النقص بعد انتشار التليفون المرئى Screen Telephone.

ثم إنه يمكن للموجه الخبير أن يلمس مدى معاناة العميل من المشكلة دون رؤية تقاطيع وجهه وذلك بما يحسه من نبرات صوته أو بما يؤكده العميل من تكرار لمعاناته ومشكلاته والعوامل التى أسهمت فيها. مع ذلك فقد أصبحت دوائر التليفزيون المغلقة مما يحل مشكلة تأثر الموجه ووعيه بمشكلة العميل - أبعادها وعمقها - من أعراض وإيماءات وتقاطيع وجهه وحركات

أطرافه الخ.

ب- العلاقة المهنية Rapport:

وهى علاقة ذات طبيعة خاصة تنمو بين العميل والموجه وتقوم على أساس شعور العميل بقدرة الموجه على مساعدته ويقويها أمور منها:

* تعاطف الموجه مع مشكلة العميل بدرجة محدودة، أى أن الموجه يبدى تفهماً واحتراماً لما يذكره العميل أثناء عملية التفريغ، ولا يستعمل التقريع أو/ التعليق على المادة التى تأتى فى عملية التفريغ، أو يستعمل المعايير الأخلاقية فى التعليق عليها، كلما أبدى الموجه ما يعنى أنه يذكر كل مادة التفريغ كلما ازداد التواد بينه وبين العميل، لأنه يشعر أن الموجه يشاركه الفعاليات Sympathises وأيضاً يشعر بمشاعره Empathises. وكلما ابتعد الموجه عن الأوامر والنواهى والنصح والإرشاد المنبرى، وترك للعميل حرية التفريغ بدون تقييم أو نصح مباشر كلما ساعد ذلك على نمو العلاقة المهنية Rapport.

* إن اهتمام الموجه وحرصه، والتزامه بسرية مادة التفريغ، إنما ينمى لدى العميل الثقة فيه، والإيمان بدوره، ذلك أن إفشاء أسرار العميل من عوامل نمو سلبية العميل وهى تظهر فى التوقف عن التفريغ، أو الانقطاع عن جلسات المقابلة وهذا مايعرف بسرية المقابلة Confidentiality.

* كذلك فإن اهتمام الموجه بالمواعيد والتزامه بالجلسات مما يساعد على نمو الثقة به والإيمان بحرية الموجه ورغبته فى تقديم العون للعميل. هذا، وتختلف عملية التفريغ حسب نوع وأسلوب المقابلة الارشادية: فهى فى حالات استعمال الأسلوب غير الموجه أو المباشر Non-Directive مهمة جداً وفى الأسلوب الموجه تكون أقل أهمية، حيث يختلف الأسلوبان كما سيأتى ذكر ذلك فيما بعد.

* عن طريق التفريغ، وخاصة فى

الأسلوب غير الموجه، يتحقق للعميل - كما ذكرنا - الوعى بمشكلته والربط بين الظروف والأوضاع والخبرات التى مر بها، وبين الأعراض التى يعانى منها، وبذلك يكون قادراً على تعديل سلوكه هو بنفسه أو هو يرسم خطط السلوك المعدل الذى يخلصه من الأعراض أو المتاعب النفسية، وهنا يتحقق للعميل فرصة نمو نفسى، وفرصة إرادة التعديل التلقائى لمواقفه واتجاهاته نحو الأوضاع التى يعيش فيها، ويعتبر ذلك تعديلاً جيداً لسلوكه أو يتحقق له ما يمكن تسميته بالكفاية الذاتية النفسية السلوكية Behaviour Self Sufficiency وهذا اتجاه ينمى فيه نوعاً من الاستقلالية عن الموجه بعد الاتكالية الطويلة، وهذا يشكل الغاية من كل أساليب العلاج ومنها المقابلة الهاتفية، هذا ويجدر بنا هنا أن نشير إلى أسلوبين هامين يسير عليهما الإرشاد لتحقيق أكبر فعالية للمقابلة الهاتفية وهما:

أ- الأسلوب غير الموجه Non-Directive

ب- الأسلوب الموجه Directive

أ- الأسلوب غير الموجه

Non Directive

ويقصد بهذا الأسلوب القيام بالمقابلة فوراً وبدون سابق بحث أو جمع بيانات عن العميل، حيث يبدأ العميل عملية التفريغ الانفعالى مباشرة ومنها يتحقق الاستبصار، كما بينّا دون سابق إعداد أو توجيه من الموجه، وهنا يكون الإرشاد متمركزاً حول العميل Client Centered ومما يأتى على لسانه فى عملية التفريغ، يتوصل الموجه إلى التشخيص وتحديد العلاج واحتمالات الشفاء.

والعميل يحدد الهدف من المقابلة الواحدة أو المنهج كله حسب شعوره بوطأة المشكلة، وذلك بأقل قدر ممكن من الإيحاء من الموجه Counselor.

كما يحدد عدد ومكان وزمان المقابلة العادية أو الهاتفية مع أقل قدر من التحديد من الموجه.

كذلك، وأثناء عملية التفريغ - فى نوعى المقابلة - يحدد العميل المحاور التى تشكل متاعبه ومشكلاته وصراعاته.

يحدد العميل - بالتعاون البسيط - مع الموجه مدى ما حققه من النجاح فى التغلب على مشكلته، وبذلك يحدد مقومات عملية التقييم Evaluation سواء كان التقييم على فترات Periodical أو فى نهاية الرحلة الإرشادية.

إن عملية تحديد مكافأة الموجه عملية مهمة تتم بالتفاهم الهين اللين بين الموجه والعميل، بما يكفل عدم إرهاق الأخير مالياً وبالتالى خلق مشكلة جديدة وإحباط له إذا كان الموجه يتمسك بأجر معين دون مراعاة ظروف العميل الاقتصادية وبهذا يكون الموقف الارشادى موقفاً يخلو من قلق الشعور بالنقص أو العجز أمام الالتزامات المادية، وهذا بدوره مصدر متاعب للعميل، يضاف إلى متاعبه الأولى.

ب-الأسلوب الموجهDirective:

وهو الأسلوب الذى يقوم على سلطة الموجه، أو إيجابيته الواضحة فى كل ما يتعلق بالمقابلة فهو يقوم عن العميل بما يأتى:

أ- جمع البيانات والحقائق عن العميل من مصادر المعرفة به كالوالدين والمدرسين والأخصائين الاجتماعيين الخ.

ب- يحدد ويسمى المشكلة التى يعانى منها العميل فى ضوء ذلك، وضوء الشكوى أو وهو يقوم بعملية التشخيص Diagnosis لشكوى العميل فى أثناء فترة التفريغ القصيرة فى الجلسة الأولى.

ج- وقد لا يبدأ الموجه المقابلة العلاجية - الهاتفية أو العادية قبل إجراء بعض الاستفتاءات والمقاييس

النفسية على العميل.

د- يحدد الموجه المرشد منهج المقابلة وأسلوب التعامل بينه وبين العميل بما يراه يفيد العميل.

هـ- يكون العميل - غالباً وفى أكثر النواحى- سلبياً أمام ما يمارسه الموجه من أوامر ونواه & Do's Dont's فالتخطيط كله يتم بمعرفة الموجه.

و- يحدد الموجه أساليب السلوك المرغوبة لتحل محل غير المرغوبة مما يكون سبباً فى اضطراب حياة العميل.

ز- الموجه وحده - وربما بدون معرفة العميل - هو الذى يقيم نتائج المقابلات أو درجة التحسن فى الأداء وربما يفرض أو يفترض حقائق عن تقدم العملية التوجيهية دون الرجوع إلى العميل.

ح- قد يستعمل الموجه أساليب القياس النفسى فى المقابلة - سواء العادية أو الهاتفية- وقد يستعمل الأساليب الإسقاطية لما لها من قيمة تشخيصية وعلاجية معاً Both Diagnostic & Theraputic Value أى أن الموجه على العموم قد يستعمل كل الطرق المصطنعة للتوصل إلى التعرف على العميل، وقد يوجهه إلى الاستبصار الذى يرى أنه يفيد تحسين الحالة وهو ما يعرف بالاستبصار الموجه Directive Insight.

التقييم والمقابلة الهاتفية

التقييم مهم جداً فى كل أساليب الإرشاد والتوجيه والعلاج النفسى، وذلك ليحقق كل من الموجه والعميل:

أ- تحديد مدى التقدم الذى يكون العميل قد أحرزه فى اتجاه تغيير أساليب توافقه واتجاهاته.

ب- تلمس ما يكون فى الخطوات السابقة من أخطاء أدت إلى تعثر العملية العلاجية.

ج- مراجعة الخطة العلاجية وتغييرها إذا لزم الأمر فى ضوء عملية التقييم.

د- الاستعانة بأساليب أخرى قد

تساعد فى حسن سير عملية التوجيه كاستعمال القياس النفسى، أو التحول من أسلوب المقابلة الموجهة إلى غير الموجهة وبالعكس.

أما حقائق ومقومات التقييم، فإنه يمكن التوصل إليها من المصادر الآتية منفردة أو مجتمعة:

أ- العميل نفسه وما يذكره فى أثناء المقابلات الهاتفية من شعوره بالتحسن فى الأداء أو العلاقات الاجتماعية.

ب- من أفراد الأسرة خاصة إذا كانت مشكلة العميل تتعلق بالعلاقات الأسرية.

ج- من أقران الدراسة أو العمل أو الأصحاب أو غير ذلك.

د- من الأخصائى الاجتماعى بالمدرسة إن وجد أو المدرسين الذين يتعامل معهم.

ويمكن أن يكون التقييم دورياً Periodical أو فى نهاية الإجراءات العلاجية. والمهم جداً ألا تترك عملية المقابلة المتتابعة دون ضبط وربط تحدده عملية التقويم وإلا أصبحت نوعاً من إزجاء الوقت Passtime. وعلى الموجه أن يراجع مع العميل نتائج التقييم فترة بعد فترة ليدرس مع العميل ما حققه من تقدم أو ما فشل فى تحقيقه، ويتم بأسلوب غير موجه تخطيطات لإصلاح جوانب النقص يشترك فيها العميل بإيجابية واضحة.

مجالات الافادة من المقابلة الهاتفية

فى إطار ما قدمناه من صعوبات وعوائق المقابلة المباشرة يمكن القول إن المقابلة الهاتفية تحقق عملية توجيه وإرشاد بل علاج المشكلات التى تبرز فى المجالات الآتية - وهى على سبيل المثال لا الحصر-:

أ-مجالات النمو النفسى ومطالب النمو، ويكون التوجيه فيها للآباء والمعلمين وللحالات النفسية إذا كانت. على وعى بمفهوم مطالب النمو Developmental Tasks.

ب- مجالات مشكلات الأطفال اليومية وعملية التنشئة الاجتماعية

Socialization والتوجيه هنا للآباء ويمكـن فيهـا المسـاهمة فى حل مشكلات.

1-أخطاء التنشئة (الآباء)

2-انحـرافات النمـو النفسى (النشء والآباء).

3-التـأخر الـدراسى (النـشء والآباء).

4-مشكلات العـزوف عنـد المدرسـة School Phobia.

ج- مجالات مشكلات أبناء العقد الثانى Teen-Agers والعلاقـة بين الآباء والأبنـاء Parent Child Relationship .

د-مجـالات الاختيـار والتـوجيـه المهنـى Voctational Guidance & Preference

هـ- مشكلات الأسرة وعلاقتها بالمسنين Old Ages.

و- مشكلات التوافق الزواجى Marital Adjustment ومجـالات حل المشكلات الزواجية.

ح- مجـالات انحـرافات المراهقين وعلاجهـا (للـوالدين) خاصـة مجـالات الانحـرافات الجنسيـة الزواجية.

وغير ذلـك كثير وكثير جداً، والمهـم هو لباقة الموجه فى اختيـار الموضـوع وطرق معالجة الموضـوع، وكيفيـة الإفادة من إمكانات العميـل فى اتجـاه علاج مشكلته. والله ولى التوفيق وهـو سبحـانه مـن وراء القصـد.

لمزيد من المعلومات يمكن الرجوع للمصادر الآتية:

1- إسماعيل: محمد عماد الدين أ.د: المنهج العلمي وتفسير السلوك، مكتبة النهضة المصرية1962.

2- درويش: زين العابدين أ.د: أثر العدوان العراق على الحالة النفسية للشباب بالكويت. المجلة العربية للعلوم الإنسانية: إصدارات جامعة الكويت عدد 9 ربيع 1990.

3- عيسوى: عبد الرحمن أ.د: مناهج البحث فى علم النفس. منشأة المعارف بالاسكندرية 1979.

4-غالى: محمد أحمد أ.د: القلق وأمراض الجسم، مطابع جليونى بدمشق 1978.

5-غالى: محمد أحمد أ.د: الاستشارة والعلاج النفسى، ترجمة مطابع المرزوق بالكويت 1985عن Rogers. C. Counseling & Psychotherapy.

6-غالى: محمد أحمد أ.د: ديناميات السلوك غير السوى مطابع جلبونى بسوريا 1981.

7-غالى: محمد أحمد أ.د: حالات من العيادة النفسية، مطابع المرزوق بالكويت 1983.

8-منصور: طلعت غبريال أ.د: نحو استراتيجية عربية لتجاوز أزمة الخليج، ندوة أزمة الخليج الحاضر والمستقبل نظمها المجلس الشعبى لحى مصر الجديدة مارس 1991.

9- Arkoff, A.: Adjustment, New York, Mc. Graw Hill Book Comp. 1968.

10- Bac leaflet: The Definitional Concept of Counselings Relation- ship 1989.

11- Caplan G., Support Systems & Community New York, Mental Health 1976.

12- Crow, G.A.: Crisis Intervention: A Social Intervention Approach: New York Association Press 1977.

Drydon et al: Key Issues for -13
Counseling In Action.

Fggn G.: The Skiller Helper: -14
A paper for reading in a
Conference on Counseling.

Berg, Gold & Golden Berg: -15
Family Therapy: An Over
View: Monterey, California
Books 1989.

Hob Fall, S.E., & Others: -16
War Related Stress:
American Psychol- agist
1991.

Horney, K.: The Neurotic -17
Personality of our Time,
New York, Norton 1937.

Nelson, Jones: The Theory & -18
Practice of Counseling
Psychol- ogy, Norton 1988.

Rogers Carl: Counseling & -19
Psych- othera: by Mc. Graw
Hill Book Company Inc.
1979.

Stern, P.J.: The Abnormal -20
Personality & His World,
Nostrand Company 1966.

Emrika, Padus & The Staff -21
of Prevention Magazine: The
Compl- ete Guide to your
Emotions & Your Health,
Radale Press, Emmousm
Pennsylvania 1992.

عرض البحث

تعريف العلاج النفسى:

هو عبارة عن الإجراءات التى تتم لتحقق للأفراد الذين يعانون المتاعب النفسية أو الاجتماعية درجة من الارتياح، أى مساعدة الفرد على أن يعاون نفسه لمواجهة الضغوط النفسية الحياتية بأسلوب توافقى أفضل، أو ليواجه الضغوط الاجتماعية بسهولة ويسر فى التوافق.

لماذا نلجأ إلى المقابلة الهاتفية بدلاً من المقابلة المباشرة؟

بسبب ازدياد حالات المحتاجين إلى التوجيه الاجتماعى والنفسى خاصة بعد الحروب والكوارث المتعددة.

وكذلك تعددت وتنوعت مشكلات الأفراد وهى اقتصادية أو اجتماعية، وكلها تشكل ضغوطاً نفسية على الفرد، إذ إن الحياة لم تعد بسيطة الجوانب والمطالب كما كانت، بل زاد تعقيدها خاصة بعد الثورة الصناعية والتقنيات الحديثة.

إن حاجة العلاج والتوجيه للمواجهة والاحتكاك المباشر يواجهها صعوبات:

* اتساع رقعة العمران وصعوبة المواصلات، خاصة فى المجتمعات الحديثة المتدة.
* زيادة أعداد من يحتاجون للإرشاد والتوجيه، خاصة بعد الكوارث التى امتاز بها القرن العشرون.
* تعدد وتنوع المشكلات التى تشكل الضغوط النفسية، فهى اقتصادية، أو اجتماعية، أو نفسية، أو

مجتمعة.

* أساليب القياس النفسى، وهى نوع من التعرف على شخصية العميل ولكنها وحدها لا تكفى أو تفى بالأغراض التى يمكن تحقيقها بواسطة التفاعل المباشر كما هو الحال فى المقابلة مثلاً أو العلاج بالاسترخاء.

إن أعداداً كبيرة من الذين يحتاجون لأساليب العلاج والتوجيه يعزفون عن الاستفادة من هذه الأساليب المباشرة لأحد الأسباب التالية:

* عدم الرغبة فى الكشف عن جوانب فى حياتهم وعن شخصياتهم، وهؤلاء غالباً يعانون درجة عالية من الانطواء أو من الذين يميلون للتفكير الاحترازى الذى يتماشى مع تكوينهم الانطوائى.

* بعضهم يجد صعوبة فى توفير المواصلات اللازمة للوصول إلى مراكز العلاج فى حالة إقامتهم بعيداً عن العمران الذى امتد فى أغلب التجمعات والمجتمعات الجديدة، بصورة جعلت العيادات النفسية فى غير متناول الجميع.

* بعض الحالات تعانى من قلق المواجهة بما لا يسمح لهم بمواجهة، أو الخوف من المواجهة خصوصاً مع الخجل الشديد الذى يكفهم عن الكشف عن خفايا شخصياتهم.

* الاتجاه السلبى نحو العلاج النفسى أو التوجيه والإرشاد لدى كثيرين ممن لا يؤمنون بذلك الإجراء العلاجى، أو يعتقدون أنهم سوف تطلق عليهم وصمة الجنون إذا هم لجأوا لمن يحسن توجيههم أو إرشادهم أو لمعاونتهم على مزيد من بذل الجهد لمواجهة مشاكلهم.

* فى كثير من الحالات تدور المشكلات حول محاور موضوعات الجنس أوالعلاقات الجنسية بأنواعها، مما يجعل الفرد يفضل أن يلوذ بالصمت فيها، وإخفائها بالرغم مما يترتب عليها من صراعات نفسية.

* الستار الذى يتمسك به أفراد

كثيرون وهو (وإذا بليتم فاستتروا) يلعب دوراً كبيراً فى كف الناس عن علاج مشكلاتهم الزواجية أو الاقتصادية بمعاونة من موجه أو مرشد.

أمام هذه الصعوبات اتجه الفكر النفسى للبحث عن أساليب جديدة تساعد على معاونة من يعانون من الاضطراب أو الفشل فى مواجهة الضغوط التى تحيط بهم مع حفظ ماء الوجه، وفعالية أو تلافى أسباب الخجل أوالعزوف عن المواجهة، لهذا لجأ الفكر النفسى إلى بعض الأساليب التى تعتمد على تعتيم شخصية المعالج بالنسبة للمعالج فى كل جوانبها ما عدا الجانب الوحيد الذى تنطلق منه الرغبة فى الاستشارة أو العلاج لدى العميل، ومنها: كرسى الاعتراف وهو الأسلوب الذى عرف منذ قديم الزمان. وأيضاً المقابلة الهاتفية التى نبحثها.

المقابلة الهاتفية:

تشكل المقابلة عنصراً ضرورياً فى جميع إجراءات الإرشاد والتوجيه والعلاج، لأنها تشكل موقفاً من التفاعل البشرى الهام المؤثر فى إعادة بناء شخصية العميل، والذى ينقص الكثير من الأساليب الأخرى، والمقابلة تفضل الكثير من الأساليب المتبعة فى الوصول إلى أعماق شخصية العميل أو الكشف عن مصادر متاعبه، فالاختبارات النفسية والقياس النفسى مثلاً لاتسبر غور كل جوانب الشخصية، بل تقيس عينات محدودة من سلوك، بينما الحقائق التى يتوصل إليها الموجه عن طريق المقابلة تكون أكثر شمولاً وأكثر واقعية من حقائق القياس النفسى.

كما أن المقابلة تتيح للمعالج أو الموجه فرصة أفضل لتلمس أعماق مشكلة العميل ومدى تأثره بها، وذلك عن طريق ملاحظة سلوكه وانفعالاته عند تفريغ شحنته الانفعالية، كما تفيد المعالج فى ملاحظة إيماءات العميل وتقاطيع وجهه أثناء المقابلة.

وتتميز المقابلة بالتفاعل البشرى

المرغوب الذى يتيح للمعالج أن يكون علاقة مهنية - لا تتكون بالقياس النفسى - ويساعد على مزيد من التفريغ ومزيد من التواصل النفسى الذى يساعد على توجيه وإرشاد العميل بدرجة أكثر تأثيراً وفاعلية.

تعتبر المقابلة الهاتفية أسلوباً من أساليب التفاعل بين الموجه والعميل بطريقة تخفف من حدة أنواع الحرج أو المحاذير التى تبرز فى حالات المقابلة المباشرة (المواجهة أو المقابلة وجهاً لوجه)، وهو أسلوب فى التوجيه والإرشاد يستعمل فى كثير من المجالات الدينية والاقتصادية والاجتماعية، بل التربوية. فيها يسمع الموجه ولا يرى كذلك، ومع ذلك يتم بينهما درجة من التفاعل أو التأثير المتبادل تكفى لعمل التوجيه أو الإرشاد أو حتى العلاج النفسى الهاتفى، ولقد ساعدت التقنيات الحديثة على حسن الاستفادة من هذا المنهج فى التوجيه والإرشاد بما ظهر من اختراعات حديثة وأجهزة متعددة للاتصالات.

من أهم الأدوار التى تلعبها المقابلة والهاتفية خاصة هو مايأتى:

أ- التفريغ الانفعالى:

وهو ماينطلق به العميل من الشكوى أو التعبير عن مشكلته التى يعانى منها، وهى عملية تساعد على انطلاق وإطلاق النوازع والأفكار السلبية التى تؤرق العميل وتسبب له الصراعات الذاتية.

ومن فوائد التفريغ الانفعالى: أنه يساعد على ظهور النوازع الإيجابية بعد السلبية، حيث تعتمد العملية على ما يمكن تسميته بالتداعى الحر أو الطليق، وهنا يكون دور الإيحاء للعميل بمزيد من الوعى باتجاهاته الإيجابية، يبنى عليها العميل بإيعاز من الموجه مزيداً من الاتجاهات الإيجابية التى تقوى موقف العميل الإيجابى من موضوع شكواه، وبذلك يرى الموجه كل اتجاه ينميه ويزيد عليه وبذلك تضعف بالتدرج الاتجاهات السلبية لتحل محلها

الإيجابية.

والتفريغ يساعد على مزيد من وعى العميل بمشكلته وواقعها، ومن أسهموا فيها والظروف التى أحاطت بها، وتسمى هذه بعملية الاستبصار.

ويتحقق هذا التفريغ الانفعالى وأحياناً بصورة أفضل بواسطة المقابلة الهاتفية حين لا يشعر العميل بأى حرج أو خجل وهو يواجه إنساناً بمشكلته.

هذا وتساعد السرية الكاملة والتعتيم لشخصية العميل وأحياناً لشخصية الموجه، أن تكون عاملاً مهماً يساعد على انطلاق طاقات الفرد وحريته فى التفريغ دون حذر أو وجل أو إخفاء لجزء من مشكلته أو عامل من عوامل تطورها مادامت المقابلة الهاتفية تعنى السرية التامة. ورغم ذلك، تبدو الحاجة لمزيد من وعى الموجه بمشكلة العميل بما يراه من تقاطيع وجهه بالإضافة إلى نبرات صوته، وفى هذه الناحية تمتاز المقابلة وجهاً لوجه عن المقابلة الهاتفية، وقد عالجت المخترعات الحديثة هذا النقص بعد انتشار التليفون المرئى.

ب- العلاقة المهنية:

وهى علاقة ذات طبيعة خاصة تنمو بين العميل والموجه وتقوم على أساس شعور العميل بقدرة الموجه على مساعدته، وتنشأ من تعاطف الموجه مع مشكلة العميل بدرجة محدودة أى أن الموجه يبدى تفهماً واحتراماً لما يذكره العميل أثناء عملية التفريغ، وبذلك يشعر العميل أو الموجه يشاركه الفعاليات ويشعر بمشاعره.

وكلما ابتعد الموجه عن الأوامر والنواهى والنصح والإرشاد المنبرى، وترك للعميل حرية التفريغ بدون تقييم أو نصح مباشر كلما ساعد ذلك على نمو العلاقة المهنية.

وهناك أسلوبان للعلاقة المهنية:

الأسلوب الموجه:

تبدأ العلاقة المهنية فى هذا الأسلوب

استناداً على البيانات والحقائق التى جمعها الموجه عن العميل، ويحدد المشكلة التى يعانى منها العميل كما يحدد منهج المقابلة وأسلوب التعامل بينه وبين العميل بما يراه مفيداً له، ويكون العميل غالباً سلبياً أمام ما يمارسه الموجه من أوامر ونواه فالتخطيط كله يتم بمعرفة الموجه. وهذا الأسلوب أقل فائدة من الأسلوب غير الموجه.

الأسلوب غير الموجه:

ويكون دون جمع بيانات عن العميل، حيث يبدأ العميل عملية التفريغ الانفعالى مباشرة دون إعداد أو توجيه من الموجه، ويكون الإرشاد متمركزاً حول العميل فهو الذى يحدد الهدف من المقابلة حسب شعوره بوطأة المشكلة، كما يحدد عدد ومكان وزمان المقابلة العادية أو الهاتفية، ويتحقق فيها للعميل الوعى بمشكلته والربط بين الظروف والأوضاع والخبرات التى مر بها وبين الأعراض التى يعانى منها وبذلك يكون قادراً على تعديل سلوكه هو بنفسه، وهنا يتحقق للعميل فرصة نمو نفسى وفرصة إرادة التعديل التلقائى لمواقفه واتجاهاته نحو الأوضاع التى يعيش فيها.

التقييم والمقابلة الهاتفية:

التقييم مهم جداً فى كل أساليب الإرشاد والتوجيه والعلاج النفسى، وهو يحدد مدى التقدم الذى يكون العميل قد أحرزه فى اتجاه تغيير أساليب توافقه واتجاهاته، ويتلمس الأخطاء التى أدت إلى تعثر العملية العلاجية لتداركها، ويتيح الفرصة لمراجعة الخطة العلاجية وتغييرها إذا لزم فى ضوء عملية التقييم، ويساعد على الإحساس بالقرب من الهدف من المقابلة الهاتفية.

مجالات الإفادة من المقابلة الهاتفية:

* مجالات النمو النفسى ومطالب النمو ويكون التوجيه فيها للآباء والمعلمين وللحالات النفسية.
* مجالات مشكلات الأطفال اليومية وعملية التنشئة الاجتماعية هنا للآباء.

* مجالات مشكلات أبناء العقد الثانى والعلاقـــة بين الآباء والأبنــاء.
* مجالات الاختيار والتوجيه المهنى.
* مشكلات الأسرة وعلاقتها بالمسنين.
* مشكلات التوافق الزواجي ومجالات حل المشكلات الزوجية.
* مجــالات انحـــرافات المراهقين وعلاجهــا (للــوالدين) خاصــة مجــالات الانحــرافات الجنسيــة والإدمــان. وغير ذلـك كثير وكثير جداً، والمهــم هــو لبــاقة الموجه فى اختيــار الموضــوع وطـرق معــالجة الموضــوع، وكيفيــة الإفــادة مــن امكــانات العميــل فى اتجــاه علاج المشكلة.

المناقشات والتعقيبات

متحدث:

من يجيب على الاستشارات يجب ألا يقول لا أدرى، وما رأى الدكتور فى المراقبة والملاحظة للعميل أثناء المقابلة؟

د. محمد غالى:

كلمة لا أدرى تؤلم العميل ويجب تلافيها، ويجب أن يسبق المنهج العلاجى الهاتفى حصر للمشكلات التى تعرض فى الموسم القادم، وبعد الحصر يمكن تحديد الإخصائيين الذين يقومون بالإجابة على الهواتف ويجب ألا نسمع كلمة لا أدرى. يجب فهم مشاعر العميل عبر أسلاك التليفون، وهذا يحتاج لمهارة كبيرة من الموجه وبعد ذلك يدعوه لمقابلة شخصية.

متحدث:

يعتقد بعض الأساتذة أن المقابلة شىء والعلاج شىء آخر، ويمكن للعلاج أن يبدأ من المقابلة الأولى، وفى بعض المقابلات التليفونية أو غير التلفونية يكتفى المريض من مرة واحدة ولا يلجأ مرة أخرى للاستشارة، والبعض الآخر تصبح المقابلة جزءاً من علاجه، ويحتاج إلى مقابلات كثيرة.

مدة الجلسة هى 50 دقيقة، وبعض المرضى لا يحتاجون لوقت طويل وتكون خمس دقائق فعّالة، والبعض الآخر يحتاج لمدة أطول.

د. محمد غالى:

لأن العميل يحتاج إلى توجيه وإعادة تأهيل. بالنسبة للخمسين دقيقة، فهذا أمر متروك للموجه والعميل، وهذه المدة تأخذ أقصى حد، وهى كما يحدد

العميل، أما إذا زاد عن الحد المتفق عليه، فالمقاطعة هنا ستكون من الموجه وتتوقف على مدى إحساس العميل فى جدية المعالجة.

متحدث:

بالنسبة لإرشاد الأبناء مع الوالدين، هل يمكن إيجاد طريقة لموافقة العميل لأخذ بعض الاستفسارات من الوالدين؟

د. محمد غالى:

فى أول مقابلة لا يُسمح بهذا نظراً لحالة المريض، بل يجب إعادة تعليم واستمرارية مع العميل، أى بعد 12-13 مقابلة.

يجب أن يكون ذلك بالارشاد غير الموجه، وللتكرار الأثر الطيب، ويجب أن نصل معه إلى درجة إحساسه بضرورة وجود الأب والأم، ويطلب من الموجه أخذ الاستفسارات من الأب والأم فى المقابلة الهاتفية.

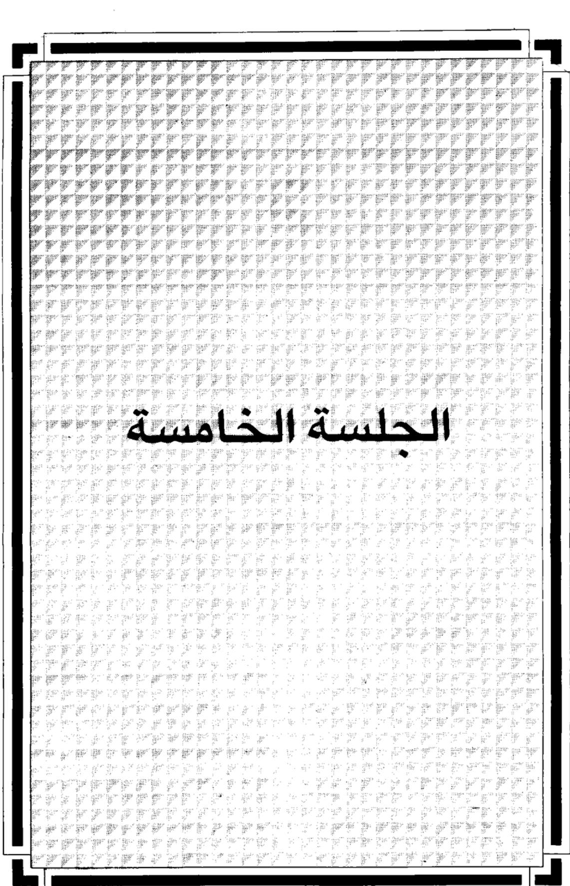
متحدث:

فى بعض الأحيان عندما تكون مقابلة الأهل بعد البدء بالعلاج، بحيث لا يكون لدى المعالج خلفية علمية كافية، وبذلك تضيع كل جهود المعالج.

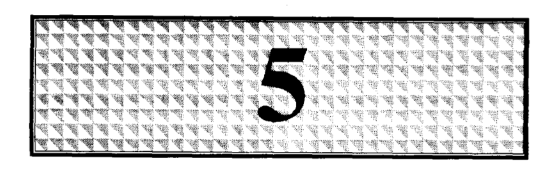
د. محمد غالى:

يجب مقابلة الوالدين بعد أن يتم بناء فكرة جيدة عن الشخصية، وبعد مقابلات عديدة وكثيرة، عند ذلك تتم مقابلة الوالدين.

وهناك نصائح من الموجه للوالدين لمجالسة هذا العميل.



الجلسة الخامسة



رعاية مركز الصحة العقلية لخـــدمات الخـــط الســـاخن الاستشـــارية

رئيس الجلسة : د. معدى العجمى

المتحدث الرئيسى : د. باربرا جيمس

البحث

مقدمة:

فى عام 1955 بالولايات المتحدة الأمـــريكية، تم تبنـــى القـــرار الخـــاص بالتعـــديلات الصحيـــة لتقـــديم التمـــويل اللازم لكـل ولاية حتـى تستطيـــع القيـام بالمشـــاريع والتجـارب المتعلقـــة بخـــدمات الصحة العقلية.

وقـــد قـــام الكـــونجرس الأمـــريكى فى عام 1963 بتبنـــى القرار الخاص بمـــراكز الصحـــة العقليـــة والـذى يقنن تخصيـــص المادة الفدرالية للمساعدة على نفقات بناء ثلث أو ثلثى مراكز الصحة العقلية عنـد اجتيـــاز المتقـــدمين لهـــذه المســـاعدات الفـــدرالية للشروط الخـــاصة بهـــا. وخلال عمليـــة الموافقـــة على هـــذا القـــرار، قـــام

الكونجرس بعمل الكثير من أجل المساعدة على تنمية برنامج الخدمات الخاصة بالصحة العقلية. وقد كان الهدف من هذا التشريع هو إنشاء مراكز جديدة للصحة العقلية داخل المجتمعات التى يسكنها المرضى مع عائلاتهم بدلاً من المستشفيات البعيدة المنعزلة التى كانت ستمثل الطراز التقليدى لعلاج المرضى العقليين لمدة تزيد على قرن من الزمان.

وطبقاً لتعليمات الكونجرس، قام وزير الصحة والتعليم والرعاية الاجتماعية بوضع اللوائح والقوانين اللازمة لكى تحصل مراكز الصحة العقلية على منحة البناء الفدرالية وحتى تتم إدارتها من قبل المؤسسة الوطنية للصحة العقلية، بالإضافة لهذه القوانين والأمور الإدارية الأخرى، فقد تمت ترجمة هذه التشريعات إلى سياسات عامة.

وبناء على ذلك تم تعيين حدود وبناء المجتمع الصغير (من منظور تقديم الخدمات الصحية العقلية)، حتى يتم تلبية حاجة المجتمع والناس بدلاً من الحدود الجغرافية التقليدية والأمور السياسية، بالإضافة إلى خدمات الصحة العقلية الموجودة. وقد تم أيضاً رسم أو وضع سلسلة من الخدمات التى يحتاجها كل مركز رعاية عقلية. وفى هذا المضمار تم تحديد خمس عناصر أساسية لابد من توافرها وهى:

* خدمات المريض الداخلى.
* الخدمات الجزئية داخل المستشفى.
* الخدمات خارج المستشفى.
* الخدمات الخاصة بالحوادث والطوارىء.
* خدمات التعليم والاستشارة.

ولهذا، فإنه لكى يتم تلبية متطلبات الخدمات الخاصة بالحوادث، قامت مراكز الصحة العقلية بإنشاء خدمات هاتفية خاصة بحالات الطوارىء لتكمل الخدمات الأخرى.

لقد سُمع صوت الإنسان الكترونياً لأول مرة فى مارس عام 1876 عندما

نادى (الكسندر جراهام بل) على مساعده بهذه الكلمات: "يا سيد واطسون، احضر، تعال هنا، إنى أريدك"، ومنذ هذا الوقت تحول الهاتف من أداة كمالية باهظة التكاليف إلى جزء أساسى من الحياة، وقد يكون الهاتف هو الخط أو الاتصال الوحيد أو الأول مع المريض الذى قد يكون فى محنة (روزنيامه 1977، روزنيامه ووليامز 1973).

وقد دخل الهاتف عالماً جديداً من الخدمات فى عام 1950 بالولايات المتحدة الأمريكية بقيام مجموعة السماريون. وهذه المجموعة تتكون من متطوعين يقدمون ارشادات هاتفية سريعة للأفراد الذين يكونون فى محنة (فوكس 1962). وبدون التعرف على شخصياتهم يقوم المتحدثون على الهاتف بمناقشة مشاكلهم، حتى الأكثر ألماً منها، بطريقة مفتوحة وبدون أحكام، وحيث يتفاعلون مع من يسمعون إليهم على الخط الآخر. والواقع أنه عندما يتم هذا الاتصال الهاتفى، فإن الشعور بالوحدة والانعزالية عند المتكلم تتم مواجهته حتى ولو للحظة، ومن ثم خفض مدته.

وقد تم إنشاء الخط الساخن فى الأصل لمنع حدوث حوادث الانتحار، وبعد ذلك امتدت لتشمل كل أنواع المحن، مثل الاعتداء الجنسى، والعنف المنزلى، وإدمان الكحول والمخدرات، والأطفال الهاربين من منازلهم، والإيدز، ومعلومات عن التسمم، ومعلومات عن السرطان، بالإضافة إلى اضطرابات الطعام. وفى الحقيقة، هناك العديد من منشورات دليل الخط الساخن التى تُنشر كل عام بالولايات المتحدة الأمريكية (ويلسون 1991).

ولهذا فإن استعمال الهاتف للحد من حدوث المحن وللاستشارات قد صار منذ ذلك الوقت خدمة شائعة متنامية. وقد يكون هناك فروق فى الأسلوب والمنحى فى استخدامات الخط الساخن ولكن ما يجمع بينها كلها هو أنها تقدم خدماتها على مدار 24 ساعة.

تعنـى المحنـة (اضطـراباً فى حالـة مستقـرة)، حيـث تكـون استراتيجيـات الفرد التى اعتادها فى حل المشكلات كافية لتجعله يعود إلى الحالة الطبيعية. وتعتبر المحنة حالة وقتية تتعلق بحادثة معينة. وقـد يتـم حل هذه المحنة، ويعود الفرد لحـالته الطبيعيـة أو قـد يعـود إلى حالـة أقـل أو أعلى من حيث التوظيف النفسى.

ويتـوقف الشعور بالمحنة على نظرة الفـرد إليهـا وإدراكـه لهـا. فقـد يواجه البعـض موقفاً ضـاغطاً بالتقبـل، فى حين أن البعـض الآخر قـد يؤدى به هـذا الموقف إلى الانهيار. ومهما كان مصدرها، فإن المحنة تهدد المصادر النفسية للفرد. وقـد ينتـج هـذا التهـديد إمـا من حجـم الخطـر نفسـه أو هشـاشـة الفـرد الـذى يتعـرض لـه، أو قـد ينتـج عـن خاصيـة معينـة للمشكلة التى تتـداخل مـع قـابلية الشخـص للتأثر بها فى وضع معين. فمثلاً تعـرض الطفـل للأزمـة القلبية لأول مـرة يخيف أى أم أو أب، ولكن لو مات الطفل من الأزمة، فسـوف تمثـل هـذه الحـادثة كارثة لأبيه أو أمـه. ولكـن معظـم المحـن وقتية وتنحل تلقائياً. وفى بعض الأحيان تتمكن المشكلة من السيطرة على إمكانيات الفرد لحـل هذه المشكلة وينتج عن هذه الحـالة الشعـور بالعجـز والخـوف والارتداد إلى استخـدام آليـات (ميكـانزمات) للمـواجهة غير معتـادة (وعـادة أقـل فعالية)، مثـل الإسقـاط أو الإنكار أو الاضطراب.

إن التـدخل فى المحن هو وسيلة من وسـائل احتـواء الفـرد فى وقـت الضغـط الشـديد. والهدف منها هو حماية الفرد الـذى يكون فى حالـة ضغـط، ومسـاعدته وقـت الشـدة، ومنـع حدوث التـأثيرات النفسية السالبة الدائمة التى قد تنتج عن هذه الخبرة، وكذلك مساعدة هـذا الفرد - إذا كان ممكناً - على اكتسـاب خبرات إيجابية من مواجهة هذه المحنة.

ولا يعتبر التـدخل فى المحنـة بديلاً عن التقييم النفسى الشـامل أو عـن تلقى رعاية سريعة، فـالتدخل الفعال فى المحنة

يعنى الاتصال السريع بالفرد الذى يمر بضغوط، واقتراح طريقة للعلاج منطقية وعملية فى آن واحد. وتعتبر هذه الوسيلة بالنسبة لبعض المرضى مقدمة للعلاج، وبالنسبة لحالات أخرى، فإن التدخل فى المحنة قد يعتبر علاجاً كافياً. ومع ذلك فثمة عامل مشترك بين الطرق المختلفة المطبقة فى مجال الاستشارات الهاتفية، وهو التركيز على قابلية المتحدث للتجاوب، وعلى إمكانات المواجهة الفعالة عنده، وعلى تعبئة مصادره الشخصية، وتشجيع الحلول الواقعية للمشكلة، وتقديم الطمأنينة وعدم التركيز على الاضطراب النفسى عند الشخص. وبالإضافة إلى الإرشاد القائم على المساندة، فإن الخطوط الساخنة تقدم الآن الخدمات التالية: تقديم المعلومات، والتحويل إلى المستشفيات أو إلى الإخصائيين الآخرين أو إلى الإخصائيين النفسيين، أو الوكالات الأخرى، والاتصال بالأقارب أو الأصدقاء عند موافقة المتكلم، والاتصال بالشرطة أو الاسعاف بعلم المتكلم، وترتيب مكالمات هاتفية لمتابعة حالة الأفراد الذين يكونون فى خطر (مثل الانتحار).

وتعتبر معظم المكالمات الهاتفية للخطوط الساخنة من النوع الأخير هى من أجل طلب المساعدة، ولكن هناك أيضاً المكالمات الرامية إلى الإرشاد بشأن حل المشكلات. وهذا النوع الأخير يشمل المتكلم المُشكل، والمتكلم المزمن، والمتكلم الخائف من الحديث حتى لا تكشف هويته.

وتعتبر الخطوط الساخنة الاستشارية من خدمات التدخل الأولى و/ أو الثانوى المقدمة من قِبَل هيئة الصحة العقلية. ولكن هناك العديد من الخدمات التى يقدمها اخصائيون متعددون يعملون على الخطوط الساخنة. ومع أن المتطوعين قد قاموا بدور رئيس فى الاستشارات الهاتفية منذ الخمسينيات، إلا أنه ما يزال معظم هؤلاء غير خبراء فى هذا المجال. ومع ذلك فإنهم يفيدون فى تقديم ميزة اقتصادية كبيرة للقائمين على الخطوط

الساخنة أو مركز المحن. وإضافة إلى ذلك، فإنهم يعملون على ترسيخ وتقوية الروابط بين المجتمع لامحلى ومركز الصحة العقلية التى يعملون فيها. ولهذا، فإن تدريب هؤلاء المتطوعين يعد من الأمور المهمة لكى تقوم الخطوط الساخنة بتقديم خدمات مناسبة. وهناك بعض المبادىء الرئيسة التى يتبعها كل العاملين على الخطوط الساخنة، وتشمل المبادىء العامة ما يلى:

تقييم المحنة وحالة المتكلم

يبدأ التقييم بمعرفة وفهم أسباب أو دوافع المكالمة، وما يتضمنه ذلك من توقعات ضمنية. ويتراوح ذلك ما بين التطلع للتدخل السريع إلى رغبة بسيطة للطمأنينة. فهناك بعض المتكلمين يشعرون بالأمان عند الاتصال عن بُعد، وآخرون يتكلمون بدافع الشعور بالوحدة. ولكن هناك من يتكلم ليتعرف على مصداقية الاستشارى الذى يعمل على الهاتف الساخن.

وعلى أية حال، فإن التقييم هو أساساً عملية جمع المعلومات. ما الظروف التى يمر بها المتكلم الآن؟ ما سبب هذه المحنة؟ ماذا كان يريد المتحدث أن يحدث أو لا يحدث؟ من الذى يستطيع المساعدة؟ هل هناك أى شخص فى خطر؟

أما المكالمات التى يقوم بها أشخاص معروفون فى خدمة الخط الساخن، فإنها سهلة التعامل لأنه فى هذه الحالة توجد علاقة قائمة، ويكون الاستشارى على ألفة ودراية بالمحنة عند الشخص وعلى مهارات المواجهة عنده.

إدارة حالة المتكلم فى محنة

ويبدأ ذلك فى بداية المحادثة. وقد يكون مجرد الكلام كافياً بالنسبة للبعض لتقليل الخوف من المحنة واستعادة الشعور عند الفرد بهويته، بالإضافة إلى الشعور بتقدير الذات.

وقد تكون الاقتراحات أو النصائح المباشرة البسيطة وقاية للحالة الجسمانية للمريض، مثل: (استلق وخذ

الأمـر ببسـاطة)، أو (اتصـل بجليسـة أطفـال للجلوس مـع الأولاد حتـى تهـدأ حالتك).

وبالنسبـة للمتكلـم غير المتعـاون والـذى يفصح عن نيته للانتحـار، فإنه بحاجة إلى تدخل من النوع العنيف. وإذا كان موقع المتكلـم قـريباً، فـإنه لابد مـن الاتصـال بالشرطـة أو الإسعـاف حالاً، وعنـد ذلـك يفضـل أن يظـل الشخـص الـذى يعطـى الاستشـارات على الخـط، بينمـا يتصـل شخـص آخر بالشرطـة أو فرقة الإنقاذ. وفى حالـة عـدم وجود شخـص آخر، يقوم الاستشارى بتبليغ المتكلم أن يظل على الهاتف ويقوم بفتح الباب للشرطة أو الاسعاف وبعد القيام بتبليغ الشرطة، ووصولها الموقع المطلوب، يقوم الاستشارى بالاتصال مـرة أخرى بالشخـص الواقع فى المحنـة، ويظـل على اتصال به حتى تصله المساعدة. وفى حالة عدم الحصول على معلومات تتعلق بمكان هذا الشخص، قـد يكـون هنـاك أى أصـوات أو إشـارات تشير إلى مكـانه، وذلك من خلال المحادثة.

الحث على المتابعة

فى حالة عدم كفاية الاتصال الهاتفى لمساعدة المتكلـم، نظـراً لشـدة المحنـة أو لتقييـم الحـالـة العـامة لسلامـة هـذا الشخـص، فـإنه ينبغـى تشجيـع عمليـة المتابعة معه، وقد يدعوه المرشد للاتصال الهاتفى مرة أخرى، وفى معظم الأحيان يقـوم بتحـويل الشخـص إلى استشـارة علاجية خارجية.

تسجيل المكالمة

وتلـك هـى الخطـوة الأخيرة فى التـدخل الهـاتفـى. وتشمـل معلـومات مفصلة عن المتكلم، وطبيعته، والـوضع، بالإضـافة إلى توصيـات الاستشـارى المقـدمة لهـذا الشخـص. وتعتبر هـذه المعلومات ذات قيمة للوكالة وللمعالج أو للمركز الـذى يحـول إليه هـذا الشخـص (انظر: قائمة رقم 1).

قائمة رقم 1 - طريقة تسجيل المكالمات المستعجلة:

* اسم المتكلم:

* العمر:
* تاريخ ووقت المكالمة:
* عنوان المنزل:
* الجنس:
* هاتف العمل:
* موقع المكالمة (عند اختلافه عن المنزل):
* الظروف المعيشية:
* المشكلة (طبقاً لكلام المتكلم):
* الخسائر الكبرى:
* تقدير احتمالات الخطر والموت (ويشمل محاولات الانتحار السابقة):
* الأعراض (وتشمل إدمان المشروبات الكحولية والمخدرات):
* نظام التكافل:
* صياغة المشكلة:
* خطة التحكم فى الحالة:
* معلومات أخرى:

فى حالة اتصال المتحدث من تليفون خارجى فى الشارع وعدم كفاية نقوده للاتصال مرة أخرى، يقوم موظف الخط الساخن بالاتصال به لتكملة مرحلة التدخل. وتعتبر معرفة رقم الهاتف وسيلة لتحديد موقع المتحدث عند عدم إدلائه بالعنوان الموجود فيه.

الخلاصة:

يعتبر الهاتف وسيلة فورية للاتصال بالأشخاص الذين يكونون فى محنة. وبغض النظر عن شخصية المتحدث أو محاولته المعاندة وعدم الصراحة، فإن كل اتصال هاتفى من هذا النوع يعتبر طلباً للمساعدة ويقوم الاستشارى بالتحكم فى تطور المحنة أو الحالة من خلال التعرف على مواضع ألم المتحدث، حاجته للمساعدة ومدى قابليته للتعاون من خلال الهاتف. وسوف يشمل هذا البحث عن التدريبات العملية المستعملة لتدريب المتطوعين على العمل فى خدمة الخط الساخن لمدة 24 ساعة.

لقد تم إنشاء الخط الساخن منذ أربعة عشر عاماً، وتقوم هذه الخدمة بتقديم المساعدة لثلاث مقاطعات فى

ولاية شمال كارولينا التى يبلغ عدد سكانها جميعاً 250.000 نسمة. وتقدم خدمات الخط الساخن طيلة أيام الأسبوع على مدار الأربع والعشرين ساعة. ويوجد فى هذه الخدمة ما يقرب من 15 خط هاتف.

لذا فإنه بعد انتهاء الدوام الرسمى للعيادات الطبية تحول هذه المكالمات لخطوط الخط الساخن. ويتم تدريب المتطوعين 4 مرات فى السنة من خلال موظفى الصحة العقلية وتستغرق كل فترة تدريب حوالى 51 ساعة.

وتشمل:

أ) 29 ساعةمن التعليم داخل الفصل.

ب) 22 ساعة من الملاحظة للمرشدين وهم يعملون على الخطا الساخن.

ويقوم المتدربون بسماع الاستشارى وهو يتكلم وبعد ذلك يقومون بقراءة ورقة الملاحظات. ويقوم المرشدون بالاتصال الهاتفى بالمتدربين. ومن شروط القبول للتدريب ألا يقل عمر المتطوع لا يقل عن 18 عاماً، وأن يجتاز المقابلة مع مدير مركز خدمة المحن.

وبعد ذلك يعطى المتطوع فترة 24 ساعة ليقرر ما إذا كان يرغب فى التدريب، بعدها يقوم بإمضاء عقد يقر فيه بالمواظبة على حضور كل جلسات التدريب، وتشمل فترتين طوال يوم السبت من كل أسبوع، وحصصاً أخرى مدة كل منها حوالى 3 ساعات.

وبعد الانتهاء من كل التدريبات يقوم المتدرب بإمضاء عقد ينص على التزامه بالعمل لمدة لا تقل عن 72 ساعة كل 6 أشهر، وتشمل هذه المدة دوام عمل ليلى مرة على الأقل كل 6 أسابيع. ويشمل العمل اليومى 3 ساعات بينما يكون الدوام الليلى 7.5 ساعة، ودوام نهاية الأسبوع 9.5 ساعة. وعند عدم تواجد المتطوعين، يقوم موظفو الصحة العقلية بالعمل على الخط الساخن مقابل 1.85 دولار (من الراتب الأصلى للساعة)، تعويضاً عن كل ساعة يعملون

فيها.

وفى كــل الحــالات يوجد مــوظف مختــص مـن الصحــة العقليـة لمسـاعدة المتطوعين من خلال التليفون. ويتقاضى هذا الموظف مبلغ 2.50 دولار أمريكى فى السـاعة، ولا يشمـل هـذا المبلغ سـاعات العمـل الـرسمية. ويقـوم التــدريب على أسـاس التـدخل فى المحنـة، مع الافتراض أن المتحـدث الـذى يواجه محنـة لا يفكـر بطريقة مستقيمة. لـذلك فإنه بحاجة إلى مساعدة بالتركيز على إمكان الحـل، وعلى استكشـاف البدائل. وتشمل هذه العملية ما يلى:

1- يقــوم استشــارى الخــط الســاخن بالتعاطف مع المتحدث.
2- اكتشــاف المشكلـة وسبب المحـادثة.
3- تلخيــص حالــة وشعــور المتكلــم.
4- تقييم المحادثة.
5- البحــث عــن بدائل ممكنــة لحــل المشكلة وتشمـل وسـائل استعملـت سابقاً والبحـث عن وسـائل أخرى.
6- مسـاعدة المتكلم على تطبيـق الخطة الموضوعة.
7- تسجيل الاتصال.

تعليمات التدريب:

أ- الإرشادات:

يمنع بتـاتاً (كما يتسبب فى الفصـل من الخدمة) الأمور الآتية:

1- تسريب أية معلــومات سرية لشخـص غير مختـص بهـذا العمـل.
2- الاتصـال بأى مركز للصحـة العقليـة أو للخــط الســاخن فى غير ظـروف العمل.
3- العمــل على الخــط السـاخن تحــت تأثير الكحول أو المخدرات.

ويتـوقع من المتطـوعين الأمـور الآتية:

1- العمـل لمدة 6 أشهـر بعـد التـدريب.
2- العمل لفترة 12 سـاعة متواصلة كـل شهر.
3- التـوقيع على الأوراق الخـاصة بهـذه الفترات فى اليـوم الخامس والعشرين من قبل موعدها، إلا إذا كانت هناك اجراءات أخرى ضرورية.

4- الحفاظ التام على مواعيد العمل.

5- تبليغ المتطوع القائم بالعمل عند حدوث أى طارىء يتطلب التأخير أو الغياب عن العمل.

6- العمل خلال الفترة الليلية مرة كل 6 أو 8 أسابيع إلا إذا كانت هناك ترتيبات أخرى خاصة بهذا الأمر.

7- العمل على إيجاد بديل للموظف الغائب قبل موعد غيابه بسبعة أيام إلا فى حالات استثنائية مثل حالة الوفاة فى العائلة أو المرض المفاجىء.

8- حضور الاجتماع الشهرى الخاص بالعمل.

9- تبليغ المسؤول بالخط الساخن عن أى تغييرات فى عنوان أو أرقام هواتف المتطوع.

10- تبليغ أى مصاعب أو أوجه عدم الرضا فى الخط الساخن للمسؤول حتى يتم تطوير العمل.

11- يعمل المتطوعون على تحديد مواعيد عملهم المعلقة على الحائط باستمرار.

12- العمل على مساعدة المتدربين والمساعدين.

13- تنظيف فناجين القهوة الخاصة بهم.

ومن المتوقع أن يقوم المتطوعون بالآتى:

1- العمل فى ساعات إضافية عند الحاجة.

2- حضور التدريبات المتقدمة.

3- القيام بدور نشيط فى التعيين والإعلان.

4- يمكنهم القيام بعمل آخر عند عدم العمل على الخط الساخن.

5- البقاء فى العمل على الخط الساخن طالما هم قادرون على العطاء.

ويفضل أن يقوم المتطوعون بالآتى:

1- تخطيط وتنظيم وحضور الأنشطة الاجتماعية.

2- الحضور قبل موعد العمل بـ 15 دقيقة.

3- المساعدة فى الأعمال الكتابية البسيطة.

4- العمل على أى إضافات إيجابية

للعمل.

مواصفات المرشد الجيد:

وتشمل هذه المواصفات الآتى:

1- القدرة على الاستماع الجيد وليس الانتظار فقط، حتى يأتى دورك للكلام. ومن المفترض أن يقوم المتحدث بالكلام ثلثى الوقت. فإذا رأيت أنك تتحدث أكثر من اللازم فهذا دليل على تدخل شخصيتك فى المكالمة أو عدم استطاعتك السيطرة على الموقف.

2- القدرة على التعاطف. وتشمل القدرة على التدخل فى مشكلة المتكلم والشعور بمشاعره، ولكن لا تخبره أنك تعرف شعوره بالضبط.

3- الحساسية والمنظورية. وتعتبر من القدرات الداخلية التى تتطور جزئياً. وتعتبر المنظورية من مهارات الاستماع لما يقوله المتحدث بحق، ومعرفة مدى احتياجه خصوصاً عندما يتحدث المتكلم كثيراً ليبعد المسؤولية عن نفسه. لهذا فإنه من المهم جداً أن يعرف المرشد المشكلة التى يريد المتحدث أن يخفيها. وهذا النوع من المنظورية يشبه الاستماع بأذن ثالثة. ومن أنواع المنظورية الأخرى هو أن تكون موضوعياً بقدر كاف لمعرفة الحدود الخاصة بك، ومعرفة الوقت المناسب لإحالة المتحدث لشخص آخر يتميز بمهارة وخبرة أعلى.

4- القدرة على جعل الناس يتكلمون وليس توجيه أسئلة يمكن الإجابة عنها بكلمة نعم أو لا. حاول بلطف أن تجعلهم يتكلمون عن شعورهم نحو الموقف الذى يمرون به.

5- القدرة على التفاعل مع مجموعات مختلفة من الناس مثل الناس الريفيين، والشباب الزنوج، والعجائز وصغار السن. ونظراً لأن كل منا له نزعات انحيازية فإنه من المهم جداً ألا تتدخل هذه الأمور فى العلاقات الاستشارية. فمثلاً عند اتصال مراهق فى السادسة عشرة من عمره ليشكو من والديه فإنه من الممكن أن يتعاطف معه متطوع

صغير السن ويقول له إن والديه حقاً غير لطيفين حين يجعلانك تنظف غرفتك وتحضر إلى المنزل في ميعاد محدد، ومن الأمور الخاطئة أيضاً أن يقول استشاري كبير السن لمدمن الكحول أنه يضر صحته بالمخدرات ولابد أن يتوقف عنها، وعادةً يتجنب الجمل التي تبدأ بكلمة (لابد)، بل اترك هذا الأمر للوزراء.

6- المرونة: وهي صفة ضرورية الوجود في أي جانب من الحياة، ولكن لها ميزة خاصة في العمل الاستشاري، فعندما تكون قادراً على إيجاد بدائل وحلول لمشكلة ما والقدرة على الحديث عن الجوانب السلبية والإيجابية من موضوع ما، فهذا يدل على استطاعتك تقديم المساعدة.

7- الضبط الذاتي: ويشمل البقاء على الحياد وعدم التدخل الزائد في مشكلة المتكلم وإلا أصبح دورك غير مفيد، ومن الصعب أن تحقق توازناً بين التعاطف وضبط النفس. ويعني الضبط الذاتي أيضاً الاحتفاظ بالنزعات الذاتية والأحكام القيمية بعيداً عن تلك العلاقة الاستشارية، وهذا أمر صعب.

8- الثقة: وهذا أمر مهم لأن عدم الثقة تحجب عنك القدرة على المساعدة لأن الخوف يقتل أي شيء. لذلك فإن الحب هو عكس الخوف يساعد كثيراً. والمرشدون الجيدون هم أشخاص يقدرون أنفسهم.

9- إنه من نافلة القول الحديث عن هذا الموضوع، ولكن لا يوجد هناك بديل لأن تكون شخصاً حقيقياً. لا تصطنع الشعور (أن تجعل الأشخاص يبكون مثلاً)، لأن لا شيء يفيد غير أن تكون إنساناً صريحاً. لهذا فإنه من الهام جداً أن تعرف نفسك جيداً كي تكون مرشداً جيداً. إنك الأداة الوحيدة الهامة في هذه العلاقة.

العلاقة الارشادية - بعض القيم الأساسية التى ينبغى بناؤها

إن طبيعة تطور العلاقة الإرشادية هى مسئولية مشتركة بين المرشد والمسترشد، وهى تعتمد على المخاطرة والتعلم من الطرفين. ولكن يظل التغير البناء والمنشود هو مسئولية المسترشد.

ويتشارك المرشد والمسترشد مشاعرهما وحاجاتهما فى هذه العلاقة، ولكن ماذا يعنى هذا الأمر بالنسبة لك؟ هذا يعنى أن معرفتك لحاجاتك والعمل على تلبيتها يجعلها لا تتدخل فى هذه العلاقة. وهذا أهم شىء ينبغى أن تحرص عليه لتكون مستشاراً ناجحاً.

اعتن بنفسك مع الأخذ فى الاعتبار أن محور العلاقة يدور حول حاجات ومشاعر المسترشد، لذلك إذا شعر المرشد برغبة شديدة فى السيطرة على المتكلم، ينبغى أن يعمل فى الاتجاه العكسى حتى لا تتأثر قدرته على العلاقة العلاجية مع الناس. وهناك بعض الأساليب الهامة لقيام العلاقة الناجحة وتشمل الآتى:

1- احترام شخصية المتكلم وفرديته لأن ما ينجح مع شخص قد لا يفيد هكذا مع شخص آخر. والأهم من ذلك أن ما قد ينجح معك قد لا ينجح مع العميل.

2- لا تستخدم أحكاماً قيمية، فمن المهم جداً أن تتعلم ألا تحكم على الناس من خلال تصرفاتهم أو معتقداتهم من خلال معاييرك الخاصة، لأن الحكم على الآخرين قد يكون أمراً سلبياً جداً، ويتم توصيل عدم استحسانك مثلاً من خلال نبرة صوتك عند الكلام، وقد يكون الحكم على الآخرين إيجابياً فى بعض الأحيان، فمثلاً عندما يتكلم شخص ويقول إنه يعانى من مرض خطير، يرد عليه المرشد بطريقة سريعة أنه لابد أن يذهب إلى المستشفى للعلاج.

3- احترام قدرة العميل على اتخاذ القرار، حيث ينبغى أن يقوم العميل

بدور رئيس فى تقرير كيفية حل المشكلة التى يمر بها. لا تقع فى الخطأ وتعتقد أنك تعرف الأفضل بالنسبة للعميل. إننا لا نعمل هذا لإعطاء النصائح حتى وإن كانت تلك هى رغبة العديد من العملاء.

السرية: من أجل كسب ثقة العملاء لابد أن تتعهد بعدم إفشاء أسرارهم، وحيث تحفظ هذه الأسرار فى ملف المركز إذا كان هؤلاء الأشخاص حالات للمركز.

توطيد العلاقة

من مهامك الأولى فى الحديث إلى عميل فى محنة أن ترسخ علاقة جيدة سريعة حتى يثق فيك هذا الشخص ويتكلم بحرية عن مشكلته. وهذا الأمر ليس سهلاً من خلال الهاتف فى غياب الوسائل المرئية. ولكن هناك بعض الأشياء يمكنك القيام بها ومن هذه الأشياء ما يسمى بالاستماع التأملى وهو أمر فى غاية البساطة، ولا يعتبر أمراً كافياً أن تستمع فقط بل يجب أن يشعر العميل أننا نفهم ما يقول من خلال تذكيره بما قال مسبقاً.

1- ومن أجل أن توضح ما قد سمعته لابد أن تكون قادراً على التمييز بين المشاعر والأعراض:

مثال:

خلال مرورك بشارع ما، يقفز شخص ما كان مختبئاً خلف صندوق القمامة، تبدأ نبضات قلبك بالدق العنيف، وتعرق، ويقول لك هذا المجرم أعطنى محفظتك وإلا قتلتك، وهذا يخيفك للغاية.

الموقف هنا هو احتجازك فى شارع جانبى. أما الأعراض فهى دقات سريعة للقلب وتصبب العرق. وتتمثل المشاعر فى حالة الهلع والخوف.

2- بعض طرق عدم الاستجابة:

ينبغى أن تتأكد أن يكون ردك هو على مشاعر العميل، وليس للموقف الذى يمر به، كذلك ينبغى أن تكون استجابتك

غير متضمنة إعطاء نصيحة أو تقديم حلول.

مثال:

العميل يقول: "والداى يتعاركان كثيراً، وهذا أمر صعب للغاية أن ألاحظه"، قد تقول: "والداى يتعاركان أيضاً، لا بأس"، (استجابة الموقف)، أو تقول: "لماذا لا تقفل باب غرفتك وتتجاهل هذا الأمر (إعطاء نصيحة)، ولا تعتبر أى من هاتين الطريقتين مفيدة.

3- بعض الاستجابات المفيدة:

العميل: إن والدى يتعاركان.

أنت : من الظاهر أنك تشعر بالأسى.

وبهذه الطريقة تكون قد عبرت عن شعور العميل بالأسى وتعتبر مفيدة للعملاء الذين لا يعرفون ما يشعرون به بالضبط. ولذلك تكون وسيلة تربوية (أيضاً تساعد على ترسيخ الثقة بينك وبين العميل) لأنك تنقل له اهتمامك به، وبما يقوله لك، مما يشجعه على قول المزيد. ونلاحظ هنا أن العميل لم يقل أى كلمات تعبر عن المشاعر. فقد قال العميل: (إنه من المؤسف لى أن أشاهد ذلك). وقد تجاوب المرشد بقوله: (إن ذلك يعنى الشعور بالألم)، لذلك فإن إظهار مشاعر العميل التى تحدث عنها من خلال الكلمات تعتبر هى المستوى الأول من الاستماع التأملى.

4- استجابات مفيدة أخرى:

أ) بالإضافة إلى الرد على الشعور الذى يتم التعبير عنه، فإنك من الممكن أن تستخدم خطوة إلى الأمام وتعبر عن الشعور الخفى، وقد لا يشعر العميل بذلك الشعور الخفى، ولذلك، فإن مهمتك هى زيادة الوعى عند العميل.

الشعور الخفى:

هو نوع من الانفعال الذى يخبره العميل، ولكن لم يعبر عنه فى الواقع.

مثال:

العميل: لم يطلب منى أصدقائى الخروج معهم، وهذا

يجعلنى أشعر بالغضب.

أنت : إننى أشعر بغضبك وأنت مجروح.

فى هذا المثال لم يعبر العميل عن جرح مشاعره، ولكن هذا واضح من كلامه. وقد تتساءل عن الأمور التى قد تطلق عليها ذلك الشعور الخفى. والإجابة هو أنك من المفترض أن تخمن وتتصور وتجعل نفسك فى مكان العميل. استعمل خيالك وحسك الطبيعى، وإذا كنت مخطئاً فإن العميل قد ينفى ذلك، ويقول لا أشعر بالألم ولكن أشعر بالصدمة. ولهذا تكون قد تعرفت أكثر على العميل إن كنت محقاً أم لا. ولهذا ليس من الضرورى أن تعرف كل شىء لأن المتحدثين على الخط الآخر يشعرون بالامتنان لكونك متعاطفاً معهم.

يعنى أن تقوم بربط الكلمات بالمواقف التى يمر بها العميل.

مثال:

العميل: أظن أننى لم أوفق فى الامتحان، إنى خائفة حقاً من والدى فى هذا الموضوع.

أنت: يبدو أنك خائفة من خيبة أمل والديك لأنك قد تكونين قد أهملت فى دروسك، وقد يكون الرد الآخر كالتالى: "إننى أشعر أنك قلقة من رأى والديك وأنك تشعرين بالذنب لأنك لم تراع توجيهات والديك".

ب) تسمية المشاعر ومصادرها:

هذا يعنى أن تستعمل كلمات محددة مثل غاضب - مجروح - مكبوت - سعيد - خائف ...الخ، والمصدر هنا

وهنا يكون الشعور بالذنب هو الشعور الخفى. ومن المهم أيضاً أن تتأكد من العميل أن تحليلك للموضوع صحيح، وقد تسأله مثلاً هل هذا ما تشعر به؟

ج) الاستجابة للصراعات فى مشاعر العميل:

عادة ما يقول العميل إن هناك عقبات تقف فى طريقة اتخاذه للقرار، وتكون مهمتك هنا هى مساعدته على التعبير عن مشاعره وعلى فهم هذه المشاعر، لكى يستطيع أن يعمل على حل صراعاته. وهناك ثلاثة أنواع من الصراع:

1- الفوز - الخسارة، وهنا يتكون عندك شعور سلبى أو إيجابى عن الشخص أو الموقف. ويتضح ذلك أيضاً فى التناقض الوجدانى.

مثال:

إننى أريد أن أخرج معك للرحلة للتنزه والراحة، ولكنى لا أطيق (جو)، إنه يشعرنى بالنرفزة، وهناك يكون الشعور هو الرغبة فى الذهاب إلى الرحلة، ولكن ليس مع (جو).

2- الخسارة- الخسارة، أو من المقلاة إلى النار عندما يكون البديلان مؤلمين.

مثال:

إننى أريد أن أقتل نفسى. كل شيء أقوم به فظيع. ولكن المشكلة أننى عندما أفعل هذا الشيء سوف يسبب ذلك ألماً لعائلتى، والشعور هنا هو التأرجح بين الشعور بالاكتئاب ورغبة الموت مقابل عدم الرغبة فى تسبيب الألم للعائلة.

3- الفوز - الفوز، أو اختيار واحد من المشاعر الباعثة على السرور.

مثال:

إننى أستطيع المكوث فى المدرسة لفترة أخرى، لأن ذلك سوف يساعدنى مؤخراً، ولكن هناك عمل معروض علىّ، ولا يمكن أن أرفضه، إننى أريد الشعور بأنى قد استطعت أن أنجز شيئاً فى المدرسة، ولكنى أحب أن أشعر بالاستقلال أيضاً. يبدو الصراع فى الرغبة فى إحراز كسب لاحق، وذلك فى مقابل الشعور بالاستقلال الآن.

وقد يكون ردك فى هذا الموقف:
إننى أفهم أنك تتأرجح بين إرادة الأمان لمستقبلك وبين إرادة الاستقلال الآن، إننى أشعر أيضاً أنك غير صبور لدرجة كبيرة، وتريد أن تستقل بحياتك. إن قلة الصبر والاستقلال هما الشعوران الخفيان فى هذا الموقف.

4- بعض العقبات التى قد تعترض طريقك وكيفية إزالتها:

العقبات تعنى أن يسبب ما يقوله العميل تأثيراً عليك لدرجة تجعلك من الصعب أن تستمر فى الاستماع.

أمثلة:

أ) العميل يتكلم عن مشكلة تعانى منها أنت أيضاً، ولم تستطع حلها:

العميل: لا أعتقد أن والدىّ يحباننى لأنهما يشعران بالإحباط دائماً عندما أتحدث إليهما.

أنت: لابد أنهما يحبانك، وهنا تشعر أنت بالألم لأن والديك يفعلان نفس الشىء، ولكن عندما تتعرف على شعورك يمكنك أن تتجنب ذلك.

العميل: إننى حقيقة لا أعتقد أن والدىّ يحباننى.

تقف أنت بصمت، والداى يفعلان نفس الشىء وهذا يؤلمنى.

وبعد ذلك تقول للعميل إننى أشعر أن ذلك يسبب لك الكثير من الألم لأن والديك لا يستمعان إليك.

والذى قمت به هنا هو أنك سيطرت على مشاعرك قبل التجاوب مع العميل بحيث أن ردك كان على مشاعر العميل وليس مشاعرك أنت. وهذا يعطيك فكرة أكثر عن شخصيتك (ونرجو ألا يكون ذلك هو عملك على الخط الساخن).

ب) يقدم العميل مشكلته بطريقة مضطربة جداً،ولا تعرف كيف تستجيب

إليها:

العميل: لا أدرى كيف أخرج من هذا الاكتئاب. لا. إنه ليس اكتئاباً لأننى أذهب إلى المدرسة والعمل معاً. إننى أشعر بالرغبة أحياناً فى الانطلاق. لا ليس الانطلاق ولكنه الراحة، قد أتوقف عن الذهاب للمدرسة.

أنت: إن الأمور قد اختلطت علىّ .. فلقد كنت تتحدث بسرعة شديدة ولم أستطع متابعتك.

ج) تقول للعميل عن التأثير الذى تركه عليك من خلال التوقعات المطلوبة منك:

وهذه الوسيلة تجعل التركيز ينتهى عند العميل، وعدم السماح له بالقاء المسئولية عليك.

العميل: أريدك أن تعطينى بعض الحلول الآن. وهذا هو سبب مكالمتى الآن.

أنت تفكر: إننى أشعر بالضغط لحل هذه المشكلة.

أنت: إننى أشعر بالكثير من الضغوط منك كى أجد بعض الحلول السريعة. وأريد أن أراجع ذلك معك لأنه يبدو أن هذا هو السبب الذى يقف فى طريق حل مشكلتك.

وهذا نوع جميل من المواجهة، وهنا تلقى المسؤولية على العميل دون أن يشعر بأى كراهية نحوك.

العميل: إننى أشعر كثيراً بالألم عندما يقول لى والداى أنهما لا يحبان طريقة حياتى وأنا لا أستطع أن أفعل أى شىء، إنهما يستمران فى العمل على إحباطى.

6- بعض الصعوبات التى قد تواجهك فى الاستشارة الهاتفية:

أ) التردد من طلب المساعدة:

يحتاج العملاء إلى مساعدة، وإلا لن يتصلوا بالهاتف، ولكن يظل هناك احتمال التردد بطلب تلك المساعدة. وفى أمريكا، يعتقد هناك أن كل شخص مسئول عن نفسه (قوى)، ولكن من الغريب حقاً أن هؤلاء الذين يشعرون بالمرض هم الذين لا يطلبون المساعدة، أو لا يقدرون على طلبها، ولا يمكنك التغلب على هذا الشعور غير السعيد بالضغط على العميل للاتصال بك.

مثال:

أحياناً تكون هناك صعوبة فى طلب المساعدة، ولكنك قمت بالخطوة الصحيحة عندما اتصلت الليلة.

ب) مقاومة العميل الدائمة لخلق علاقة هاتفية معك:

كلنا لنا حدود عند العمل مع أشخاص آخرين.

ج) قد يسأل العميل أحياناً سؤالاً بسيطاً جداً، ولكن بالتشجيع قد يقوم بالسؤال عن أشياء أخرى أكثر عمقاً.

مثال:

يسأل العميل عن مشكلة قانونية تحيلها أنت إلى محام. وقد تتساءل هل هناك أى شىء آخر يتعلق بهذه المشكلة يمكننى المساعدة فيه، أو لو كان هناك أى مشاكل أخرى أرجو أن تتصل مرة أخرى.

د) من المفيد أحياناً أن تتوقع ماهية مشاعر العميل بعد الاتصال الهاتفى معك.

مثال:

من الواضح أنك تشعر بالتفاؤل الآن، ولكننا نحن الاثنان نعرف أنه ليس من السهل عليك أن تواجه والديك، لذلك لا تنتظر حتى تشعر بالعجز لكى تتصل به مرة أخرى.

هـ) قد تبدو بعض المواقف صعبة الحل فى البداية، وفى هذه الأحوال لا تعطى العميل شعوراً بالاطمئنان ليس له مبرر أو تقول له إنك متأكد أن كل شىء

سوف يكون على ما يرام، وبدلاً من ذلك كن صريحاً، وقـل: إنه يبـدو أن هـذا الموقف ليس سهلاً ولكنكما أنتما الاثنان سوف تعملان على حله بالتأكيد، وعند الضرورة بلغ العميل أن يقفل الخط حتى تقوم بمراجعة المراجع الضرورية واجعله يتصل بك مرة أخرى.

الأخطاء الشائعة للمرشدين العاملين على الخط الساخن

الخيالات:

خيال القدرة أو النفوذ ("لابد أن نفعل شيئاً"، وهذا خطأ).

قد تمسك سماعة الهاتف وتفاجأ بأن الشخص الذى على الخط الثانى فى محنة أو مشكلة كبيرة لابد أن تقدم لها حلاً واحداً ناجحاً ونهائياً. هناك العديد من ردود الفعل المناسبة لهذا الموقف وتشمل:

الاستماع فقط:

وهـذا شىء جيد، كما أنه المهمة الأولى، وليس هناك أى داع فى هذه المرحلة لتخيل القدرة على شىء، كما أن المتحدث لا يريد أحياناً أى إجابة، ولكنه يريد فقط أن تستمع إليه.

خطأ قوة التفكير الإيجابى:

إن الناس الذين يمرون بمشكلة ما ليسوا عادة على قدر من الحساسية التى تفكر فيها، وبالعكس، يكتسب العديد منهم قوة خاصة بعد المرور بالمشاكل العصيبة، ولكن إذا شعرت أن المتحدث يفكر فى الانتحار، قم بسؤاله ولا تخف.

وعندما تتعامل مع إنسان يائس، لا بأس أن تجعله يسيطر عليك وإن كان دورك يشتمل على القيام بدور الطبيب النفسى أحياناً، وقد يريد هذا الإنسان أن يهاجم شخصاً ما فقط، نحن نعمل فى هذا الموقف لنخرج هذا الشخص من المحنة. وقد قال متحدث فى مرة من المرات لا تتصل بزوج أختى هنرى سميث الذى يسكن فى 410 شارع مابل لأنه إذا علم عن نيتى للانتحار سوف يمنعنى، ولكننا قمنا بالاتصال بزوج

أختـه، وقـد تـم الليلـة عـدولـه عـن نيتـه للانتحار، وهذا يعنى أنه عند التعامل مع المواقـف الشـديدة لا يكـون هنـاك وقـت للقيام بتحليل الشخصية، ولكنـك تعمـل لتعيد الأمور لمجراها الطبيعي.

خيـالات الأم الحنـونة (خطـأ الحـب الزائد):

إن المتحـدثين هـم أشخـاص طيبـون (وأنا أيضاً دافىء ومتقبل للأمور)، ولكن هنـاك أيضاً من المتحدثين أشخـاص منهم من هو كريه، وممـل، وكئيـب، وعنيـف، وقليـل الـذوق، بل إن مـن بينهـم مـن لا يميل إلى حب الآخرين.

كلنا بشر:

وهـذا يشمـل المتحـدثين والعـاملين على الخـط السـاخن، يوجد بعـض منهـم قد حاولوا الاتصال بكل وكالة خدمات الصحـة العقليـة فى البلـد لـدرجة الرفض، فلـو وجدت أنك تكـره أو تبغـض هـذا الشخـص، فـإن السبب عادةً ما يرجع إلى أن هـذا الشخص بغيض أو كريه، وهـذا ليس رداً لفعلك، ولكنـه جزء من مشكلة المتكلـم وتسـاعـدك على معـرفة لماذا لا يتقبل الآخرون هذا الإنسان.

خيـالات القـدرة على معـرفـة كـل شىء:

لو كنت طبيباً نفسانياً، أو أخصـائياً نفسياً أو اجتماعياً أو طبيباً، لكنت قـد استطعـت عمـل ... لابد أن تعلـم أن أدوات العلاج الـذى تقـدمه هـو نفسـك والعلاقـة التـى ترسخها مع المستمـع على الهاتف. إن الشهـادة العلميـة التـى تعلقها على الحـائط ليـس لهـا أهميـة الآن. فقـد تكون معلومة بسيطة تنقلها عبر الهاتف للمتحـدث ذات أهميـة فى تحـول صحتـه العقلية.

ومن نفس المنظور احذر من الوقوع فى هذه المشاكل:

كيـف يكون الأطباء النفسيـون غير مؤهلين؟ لا تتعجل، فإن المتحـدث سوف يريك، كيـف يكـون هـؤلاء مـؤهلين مـن خلال التأثير عليه.

ماذا لو سـألنى شخـص عـن

مؤهلاتى؟ استمع جيداً إلى سؤال المتحدث، وأُجيب فقط فى هذا الحيز. وبدلاً من أن تكون هجومياً حاول الرد على حاجة المتكلم.

وقد قال (جون بريب)، وهو يعتبر من أمهر العاملين على الخط الساخن، إن أى متكلم على الهاتف يستطيع أن يفهمك. ويقول (جون): لابد أن تحاول ألا تقع فى فخ الكلام عن نفسك، ومن الممكن أن تغير مجرى المكالمة بقولك: إننى لا أظن أنك تكلمت من أجل هذا الموضوع.

خيالات التعرض للخطأ / العصمة من الخطأ:

* إذا كان هذا هو كل ما أفكر فيه، فلابد أنه الإجابة.
* إذا لم أستطع التفكير فى إجابة، فإنه لن توجد أى إجابة، (ولكن ماذا أفعل الآن).
* البديل: سوف أتصل بالمستشار لأنه قد يفكر فى حل ما. إن هذا النوع من التفكير قد يعطل سير المناقشة فى مجراها الطبيعى، لأنه يعنى إذا لم تستطع إيجاد حل، فإنه ليس هناك أى شىء آخر يمكن عمله. تذكر أننا نخلق الإجابات ولا نكتشفها، وهذا يقودنا إلى الفئة التالية التى تتعلق بالفشل فى استخدام العملية البينشخصية فى حل المشكلات.

خيالات الإجابة المثلى:

هناك إجابة ما موجودة، ولكن المهم أن تبحث عنها، وهذا يؤدى إلى حالة من اثنتين: إما تعطيل مفاجىء للجهازى الإبداعى أو البحث عن حكمة من نوع آخر، وهى خيالات البحث عن الإجابة الحكيمة.

وإن ثمة إجابة توجد فى مكانٍ ما، هنا "دعنى حتى استشير .."، وهذه الاستجابة قد تعوق عملية الاتصال مع الناس الآخرين، وقد تسمى أحياناً بخيالات الروح، وعادة ما تؤدى إلى ظاهرة التزمت أو: أنا الذى أملك الاجابات لك (خطأ سوف أكون موجوداً

ليلة الثلاثاء إذا أردت الاتصال بى)، إن فلسفة الخط الساخن أننا لدرجة ما يتفاعل بعضنا مع بعض على الهاتف، وتجنب التزمت؛ قل للمتكلم إنه باستطاعته التحدث مرة أخرى فى أى وقت وأنه يوجد على الدوام شخص ليتحدث معه.

الجانب الإيجابى:

وعند هذه المرحلة عادة ما نجد هذا السؤال: ماذا أفعل الآن؟، وهذا يعنى أنك لابد أن تقترح حلولاً أو توقعات واقعية، إن عملك متوقف هنا على مدى براعتك، وفى هذا الإطار تستطيع عمل ما يأتى:

يمكنك أن تستمع:

فقد تكون تلك خبرة نادرة للمتكلم، وقد يتعلم شيئاً من مجرد أنه قد أتيحت له الفرصة للكلام بحرية. وقد يكمن جانب من الإجابة فى تعلمه أن يسأل سؤالاً جيداً، وأفضل مما قد طرحه.

يمكنك أن تكون نفسك:

لقد تم اختيارك لهذا العمل لأنك إنسان جيد، وأن العلاقة بين الناس الجيدين تساعد على النمو والتطور.

يمكنك أن تعبىء المصادر:

عادةً يمتلك المتكلم إجابة لسؤاله ولكن لا يراها، ويمكنك أن تساعده على التوصل إلى إجابة، وذلك بالتركيز على احتمالات الإجابة على السؤال، وقد توجهه إلى استخدام المصادر المتاحة عن طريق إحالته إلى الآخرين أو الاتصال بوكالات وهيئات أخرى. ويشمل هذا أيضاً إرسال الشرطة أو عمل موعد مقابلة فى الصباح ...الخ.

تستطيع التعرف على إمكاناتك عند ضرورة تعبئة المصادر من أجلك - متى تطلب المساعدة؟

كن كريماً دائماً عند الاتصال بمستشاريك. نحن لا نريد أن نقرأ فى صحف الصباح عن حادثة انتحار أو أنك لا تريد الاتصال حتى لا تتقاسم مشاعرك معنا، نحن نعلم أن المشاعر

العظيمة تسمو بالعمل فى هذا النشاط.

يمكنك أن توفر التغذية الراجعة:

سوف تتعلم من العمل على الهاتف. اندمج فى هذا العمل وشارك فيه. سجل ملاحظاتك. واحضر الاجتماعات، وتكلم عن خبراتك. أخبر الوكالة بما قد يوجد من خطأ أو قصور. لابد أن تشعر بالمسئولية، وأن تتعاطف، وأن تسأل وتستوضح وتقترح وتعلم.

4- معوقات الاتصال

المقدمة:

لابد أن يعمل المرشد على خلق جو نفسى آمن من أجل تسهيل مهمة الاتصال المفتوح. وهذا عادةً ما يتم من خلال التعبير عن تقبل كل مشاعر المتكلم، ولكن هناك عدة معوقات تقف عقبة أمام هذا الاتصال، مثل فرض الآراء والشعور بالعظمة، وعدم الارتياح، وفى بعض الأحيان قد تؤدى هذه المعوقات إلى وقف تقدم المحادثة، ولكن على المرشد أن يأخذ فى الاعتبار ثمن استعمال هذه المعوقات، والتى تؤثر حتماً على الاتصال العاطفى المفتوح.

1- فرض الآراء واستعمال كلمة "ينبغى":
"لا يفترض أن تفعل ذلك".
"الأطفال عليهم أن يحترموا الكبار".

2- التحكم، النقد واللوم:
"أنت لا تفكر بوضوح"
"هذا عمل غبى"
"حسناً إن هذا خطأ من طرفك".

3- إطلاق الأسماء، التصنيف، والنمطية:
"انظر هنا، إنه الأستاذ الذى يعرف كل شىء"
"هذه طريقة الذكور فى التفكير".

4- تحويل المناقشة: محاولة تحويل المتكلم عن مشكلته أو شعوره:
"عليك فقط أن تنسى هذا الأمر"
"من الأفضل أن تتحدث عن موضوع أفضل"

5- الاستجواب: توجيه عدة أسئلة واقعية ذات نهاية محددة لحل

المشكلة:

"كم عمر أولادك؟"

6- تحليل وفحص الدوافع والأسباب:

"لماذا"

"كيف تكون عدائياً بهذه الدرجة لأستاذك"

"ما الذى يجعله يعاملك بهذه الطريقة؟"

7- المحاضرة والمناقشة: ويتمثل ذلك فى أن تحاول التأثير على المتكلم من خلال الحقائق العقلانية، أو على أساس رأيك الشخصى، وفى نفس الوقت تعمد إلى إغفال قوة مشاعره:

"ولكن معظم الناس يجدون أن الزواج أجمل شىء فى الحياة"

8- النصح والاقتراح، إعطاء الحلول:

"خذ فترة قبل التفكير فى الالتحاق بالجامعة"

"لماذا لا تحاول أن تعرف كيف تشعر هى؟"

"هل فكرت أن تقول له كيف تشعر؟"

9- الطمأنينة، والتعاطف والعزاء: محاولة جعل المتكلم يشعر بالتحسن من خلال العمل على إزالة الشىء، وبذلك يتم انكار هذا الشعور:

"لا تحزن، فإن كل شىء سوف يكون على ما يرام"

"سوف تكون الأحوال أحسن فى الصباح"

أو "أيتها البنت التعيسة"

10- الإطراء غير المناسب: تقديم تقييم إيجابى شامل للشخص على النقيض من الخبرة السالبة التى يمر بها:

"حسناً أنت تبدو ذكياً جداً"

"أنت شخص قوى جداً".

11- الموافقة: النصح أو الحكم المغلف:

"أظن أن تعمل على اتخاذ القرار المناسب".

"يبدو أنه عاملك بغير مساواة"

5- الإصغاء الفعال

المستمع — التحقق – التصحيح "نعم إنى أشعر حقاً — المرسل

المستقبل — أن شعورى قد جرح — المتكلم

الاستشارى ....

لا، لم أجرح، ولكنى — حقاً غاضب

المرسل — حل الشفرة — الشفرة (الرسالة) — تحويل الرسالة — مجروح

مجروح — ما الذى

غاضب — يشعر به — غاضب

متضايق — المرسل — متضايق

رأيت صديقى أمس مع أخرى

الإسترجاع "يبدو أنك تشعرين بالحرج"

"الغضب

الرسالة غير واضحة بحاجة إلى معلومات أخرى:

"ماذا كان يبدو هذا لك"؟

"هل ممكن أن تتكلم مرة أخرى عن هذا الموضوع"؟

العملية:

1- المرسل: المتحدث يرسل رسالة شفوية وغير شفوية.

2-المستقبل: يحاول فهم شعور أو معنى الرسالة.

3- إذا كانت الرسالة غيرة واضحة تماماً فقد يسأل المستقبل عن مدى صحتها.

التركيز

1- ويكون على المتحدث أو المرسل وعلى مايخبره.

2- كما يكون على الشعور ومعنى الرسالة بدلاً من الحقائق.

مواصفات الإصغاء الفعال:

1- غير تقييمى ولا يطلق أحكاماً.
2- توصيل التقبل.
3- توصيل الفهم أو الرغبة فى الفهم (وقد تكون الرغبة أهم من القدرة على التخمين الصحيح لما يمر به المتكلم).
4- تقديم التغذية الراجعة بطريقة مناسبة (مثلاً: "هل هذا شعورك؟")، وهو ما يعطى الفرصة للمتكلم ليصحح أو يوضح معلوماتك.

التأثير:

1- إن الاصغاء الجيد قد يكون أحياناً هو كل المطلوب، فإن الشعور بأن هناك من يستمع إليه ويفهمه ويتقبله قد يكون هو ما يريده المتكلم.
2- تساعد المُرسِل على الثقة فى المُستقبِل ليتكلم بسهولة أكثر ويدخل فى موضوعات أعمق.
3- يجعل المرسل يستمع لنفسه أكثر ويفهم بوضوح أكثر ما يدور بداخله بالإضافة إلى تطوير أفكاره لتكون أكثر وضوحاً ودقة.

الاتجاهات الأساسية اللازمة للإصغاء الفعال والجيد

1- لابد أن تستمع لما يقوله الشخص الآخر.
2- لابد أن تهدف إلى أن تكون مفيداً.
3- لابد أن تكون قادراً بصدق على تقبل مشاعر الآخرين وإن كان مختلفاً عنك أو غير مقبول لك.
4- لابد أن يكون لديك شعور عميق بالثقة فى قدرة الشخص الآخر على التعامل مع مشاعره وعلى إيجاد حلول لمشكلته.
5- لابد أن تقدر أن المشاعر هى حالة وقتية وأن التعبير والحديث عنها يساعد عموماً على التخفيف من حدتها وليس على زيادتها.
6- لابد أن تنظر إلى الشخص الآخر على أنه كيان منفصل عن ذاتك.
7- لابد أن تكون على اتصال بمشاعرك الخاصة وأن تكون قادراً على تقبلها.

تذكر:

1- أن الاصغاء الفعال فن ومهارة تتطلب التدريب الطويل، وقد لا تكون سهلة فى البداية ولفترة طويلة، ولكن حاول تطبيقها كلما كان ذلك ممكناً.

2- أن الإصغاء الفعال سهل فى بعض المواقف وليس كلها لأن هناك بعض المخاطر فى هذا الأمر. فقد يكون هذا الإصغاء سبباً فى أن تتعرف على شعور جديد لك واعتناق رؤية جديدة للأشياء. وإذا كنت دفاعياً وخائفاً من هذا الأمر أو إذا قام شخص ما بتحريك موقف صعب داخلك لم تستطع حله، فقد يكون من الصعب جداً عليك أن تصغى بفاعلية.

3- ولهذا أنت تتعلم الكثير عن نفسك أو المزيد فى الاستماع النشط أكثر مما تعرف عن المتكلم.

مستويات الإصغاء الفعال

	الهدف	مثال
1- أدنى درجة من التشجيع	عليك أن تبدى أنك مهتم للمواصلة	
2- الإعادة	توضح أنك تستمع	"هل قلت أنك تشعر بالإحباط؟"
3- التوضيح	تساعد على الحصول على الحقائق	"كما فهمت هذا الموضو
4- التعبير	يساعد الشخص الآخر على تعرف مشاعره واتجاهاته وعلى التعبير عنها.	"أن صوتك يبدو ..." "أنت تبدو ..."

قائمة بكلمات المشاعر:

1- خائف، مضطرب، عصبى، متخوف، غير مرتاح، مهتم، غير مسيطر، قلق، غير هادىء، مهدد،

مثقل، مرتبك، متشاحن.

2- سعيد، زائد السعادة، مبسوط، قلبه فرح، متأثر، متوقع، متأمل.

3- مكتئب، غير سعيد، مصدوم، فارغ، بدون قيمه، غير مسلح، غير مشجع، حزين، كئيب، فظيع، غير مرتاح، كسلان، مجروح، محبط، مرفوض، متشائم، متفائل.

4- منزعج، مثار، غاضب، مشمئز، كاره، منتقم، غير مستقر، يغلى، هجومى.

5- مرتبك، غير قادر على اتخاذ القرار، غير متأكد، غير مستعد، ممزق، ضائع، متردد، غير مرتاح.

6- بارد، غير مبالٍ، غير مهتم، معزول، وحيد، غير مشارك، مفعول، بعيد، غير متحفظ، كسول.

7- مسيطر عليه، متحكم فيه، دنئ، مسجون، مكره، مجنى عليه، قليل القيمة.

8- متعجب، مندهش، مفاجىء، مصدوم.

9- مثير للاشمئزاز، مبسوط، غبى، مندهش.

10- عنده أمل، مفكر، متأمل، راغب فى الحياة.

11- سعيد، راضٍ، هادىء، مسالم، مريح.

12- شقى، شيطانى، مزعج.

13- منسى، غير مهتم به، ملغى، متروك، مهمل.

14- مقدر، محترم، ملحوظ، فوق، عالى، مشرف، محبوب، مهم، معيوب.

15- حر، متحرر، غير مقيد، سائب، سهل مفتوح.

16 متحفظ، متعاون، محب، يحتاج إليه.،

17-مذنب، ملوم، مخطىء، مستحق للوم.

7-موجز عن نظرية الازمة:

الأزمة هى حالة داخلية للشخص كرد فعل للضغوط، وحيث تخفق أساليبه العادية فى مواجهتها. وهذه الضغوط وما يرتبط بها من مطالب وتوترات إنما تفرضها البيئة على الفرد بشكل مستمر.

طرق المواجهة:

وتشمل الطرق العادية التى يستخدمها الإنسان فى التعامل مع الضغوط، وهذه الطرق قد تكون تكيفية أو لاتكيفية. وتختلف الأزمة عن الطوارىء التى هى موقف يحتاج إلى عمل خارجى سريع لمنع حادث أو وفاة.

وتتصف الازمة بالتالى:

1- ارتفاع فى الطاقة الانفعالية، اضطراب انفعالى.
2- اضطراب معرفى، أى ارتباك عمليات التفكير وخاصة القدرة على حل المشاكل.
3- ارتباك فى إدراك الأشياء على حقيقتها بطريقة واضحة.
4- التداخل مع الوظائف الطبيعية اليومية أو توقفها وتعطيلها.
5- محدودية الوقت.
6- تدفع نحو الحل.

مراحل الأزمة:

1- التأثير، الطاقة، الانفعالات، وحيث تأخذ لها وجهة الطرد إلى الخارج.
2- التراجع، الطاقة ترتد إلى الداخل، الاكتئاب.
3- الحل.

تطور الأزمة:قد تكون إما:

1- حوادث خطرة.
2- حالة معرضة للهجوم أو التأثير.
3- حادثة معجلة ("القشة الأخيرة")
4- إثارة الانفعالات، الارتباك المعرفى والإدراكى.
5- فشل آليات (ميكانزمات) المواجهة.
6- أزمة كاملة.

أو حدث واحد مهىء للأزمة.

حل الازمة:

هناك ثلاثة بدائل لحل الازمة:

1- استعادة طرق المواجهة المستخدمة فى السابق للتعامل مع الضغوط.
2- نشوء طرق جديدة، تكيفية، لمواجهة الضغوط.
3- نشوء طرق جديدة، غير تكيفية، لمواجهة الضغوط مثل الهروب، الاضطراب العقلى، إدمان المخدرات والكحول، الموت والانتحار

8-الخطوات الأساسية للتدخل فى الأزمة:

1- الاتصال التعاطفى:

- اعمل على خلق جو من الثقة، القبول والأمان.
- استعمل الإصغاء الفعال.

أ) عبر عن الشعور المنقول لك مباشرة.
(أنا أشعر أنك مجروح حقاً من جراء هذا).

ب) ابتعد عن الشعور المنقول لك بطريقة غير مباشرة.
(تبدو مجروحاً)

ج) حاول التوصل لشعور أعمق من ذلك.

بالإضافة إلى الغضب، ما هى ردود الفعل الأخرى لك.

- عبر عن الاحترام من خلال ترديد الجمل.
اعمل على توضيح الشعور الحالى.
- أسمح بالمناقشة بحيث يستطيع المتحدث أن يخرج قدراته العاطفية إلى السطح وليس بالكثرة حيث ترهق المتكلم أو تجف قدرته على التغير.
- لا تجعل المناقشة تصل إلى مرحلة الملل أو التكرار.

2- استكشف المشكلة الآن:

- اعمل على عمل نقلة واضحة (مثال: "إننى أشعر حقيقة بمدى الألم الذى تعانى منه ولكن هل تستطيع أن تتكلم بدقة أكثر عن المشكلة التى سببت لك هذا الشعور؟")
- استعمل الأسئلة ذات النهايات المفتوحة.
- اطلب من العميل أن يكون دقيقاً ركز على الحادثة الطارئة.
- اسأل العميل عن السبب الذى جعله يتكلم عن هذه المرحلة، وكيف سارت الأمور إلى أسوأ فى الفترة الأخيرة
- حدد المناقشة بالأحداث التى

مرت خلال الستة أسابيع الماضية.

- حدد الصراعات.
- بين حاجات العميل والمطالب الخارجية.
- بين حاجات العميل وضميره الشخصى.
- يبين حاجات العميل المتصارعة.
- قيّم مدى موافقتك على تحديده لنقاط المشكلة.
- واذا لم يتوفر ذلك، قدم تغذية راجعة للعميل أو تحديدك للمشكلة.
- أصغ بفاعلية لاستجابة العميل للتغذية الراجعة دون دفاعية
- اعمل على إعادة صياغة تلك المعلومات حتى يمكن التوصل بينكما إلى اتفاق بشأن تحديد المشكلة.

التخليص:

- ويتضمن الحالة الانفعالية والصراعات.
- حاول أن تكون دقيقاً، وشاملاً، ومفهوماً.
- تحقق من الاتفاق، وأعد تلخيصه إذا كان ذلك ضرورياً.

4- التركيز على مشكلة معينة فى هذه المكالمة:

- اطلب من العميل أن يختار جانباً من المشكلة لتقوما بالعمل معاً على حلها اليوم.
- تأكد من أن المشكلة المعنية تتصف بالآتى:

* أنها تسبب صعوبة عاطفية حقيقة للعميل.
* أنها قابلة للحل المباشر.
* وإن كانت هذه المشكلة المعنية لا ينطبق عليها تلك الشروط، اقترح على العميل أن تتعاملا من جانب آخر قابل للحل.

5-البحث عن البدائل (حل المشكلة):

- اطلب من العميل أن يقدم

البدائل.

- ما الذى حاوله بالفعل؟
- ماذا فعل فى مواقف مشابهة؟
- ما الذى فكر فيه ولكن تراجع عنه؟
- ماذا يريد أو يرغب أن يحدث؟
- أى أفكار اخرى؟
- ولكل بديل اطلب من العميل أن يتوقع النتائج.
- اكتشف شعور العميل المرتبط مع كل عمل أو نتيجة.
- إذا ظل العميل يشعر أنه لا يجد أى بديل، حاول الإعادة لايجاد بديل أكثر قبولاً.

الموافقة على الخطة:

- اطلب من العميل أن يختار أحسن الحلول.
- اطلب من العميل خطوات عمل الخطة، وخاصة الخطوة الأولى وتحديد الوقت المطلوب.
- كون معه خطة أخرى بديلة فى حالة فشل هذه الخطة.
- احصل على موافقة العميل للبدء فى الخطة.
- قم بإنهاء المكالمة ببراعة.

9- تحديد الأزمة:

تعتبر الخطوة الأولى فى العمل مع الأزمة هى معرفة الشىء الذى يجب البحث عنه، وقد تم تحديد أربعة عمليات طبقاً للمؤلفين دونالد كلين، أريك ليندرمان، بيتر سيفنور، وجير الدكالفت، كابلان.

وهذه العناصر هى:

1- الحادثة الطارئة.

2- الحالة الهشة أو المستهدفة للانهيار.

3- العامل المعجل.

4- حالة الأزمة النشطة (عدم التوازن).

وينبغى الأخذ فى الاعتبار أن هذه العناصر هى عناصر تشخيصية وأن بعض العملاء الذين مروا بمقابلات قد ظهرت عليهم تلك الأعراض. وفى الحقيقة

طبقــاً للتقــدير النفسى فــإن الأفــراد المختلفين فى العـائلة الـواحدة قـد يمـرون بمــراحل مختلفــة مـن عنـاصر الأزمــة.

إن وقـــت كـــل عنصر مـــن هـــذه العنــاصر قـــد يقصر أو يطــول. فمثلاً موت الأم قد يسبـب كـارثة كبرى تفقـد العـائلة معهـا توازنهـا بالكـامـل. أو قـد تحـدث عدة أحداث طارئة على فترة عـدة شهــور إلى أن تصــل الحـالة الى مــرحلة الانهيــار. فمثلاً إفلاس الأب فى تجــارته. أو انسحـــاب الابن مـــن كليتـــه ودخول الجيش، طلاق الابنـة وبداية ســن اليأس للأم.

الحدث الخطر:

إن الأحداث الطــارئة تعنــى ابتــداء الضربات الخــارجيــة أو التغير الــداخلى الذى يسبب سلسلة من التفاعلات والتى تؤدى إلى الأزمـــة، وإذا لـــم يكـــن فى الاستطـــاعة أن نتعـــرف على الحـــدث الطارىء الأصلى من خلال الأسئلة، فمن المكـــن التعـــرف عليـــه مـــن خلال تدرج المواقـــف التـــى أدت إلى الموقـــف الحـــالى، وممكن تقسيم الأحداث الخطرة الطارئة، غير المتوقعة إلى ثلاث فئات:

1- خســارة أو فقــدان شخــص عــزيز للمتكلــم مثـل الموت، أو العــزلة، أو المرض أو العجز.
2- دخول شخـــص جديد إلى المحيـــط الاجتمــاعى مثــل ولادة طفـــل غير كامل النمو أو عــودة إنســـان عــزيز بعد فترة غياب طويلة.
3- الاشتراك فى كـــوارث المجتمـــع أو الانقلابات مثـــل الحـــرائق، أو التغيرات البيئيـــة أو الكســـاد الاقتصادى.

أما الظروف الطارئة المتوقع حدوثها فتنقسـم الى قسمين رئيسين وهمـا:

1-المراحل الحرجة فى النمو.
2-نقـــاط التحـــول فى الحيـــاة مثـــل بدء الـــدراسة بالمدرســـة، الـــزواج والتقاعد.

ويفترض أن هــذه الاحداث لابد أن تعين لهـا أولـويات مختلفـة تتــدرج على متصـل، فمثلاً الأزمـات النمـائية الطبيعية

والتى تحتاج عادة إلى تدخل مباشر وسريع، ومن الممكن أن توضع على أدنى طرف هذا المتصل، ولكن الأزمات الحادة والسريعة مثل فقدان العمل بالإضافة الى وفاة فرد فى العائلة توضع فى أعلى المتصل.

الحالة الهشة (المعرضة لأى تأثير):

تعنى الحالة الهشة قابلية الفرد للتأثر بالأحداث الطارئة فى وقتها أو بعد حدوثها، وفى ذلك تقرر ليديا رابوبورت أن الضربة القاضية قد يتم التعامل بها بطرق مختلفة مثل الخطر المهدد لحاجات عريزية للإنسان أو للإحساس بالتكامل العاطفى والجسمانى. وقد تشمل أيضاً فقدان شخص أو قدرة معينة بالإضافة إلى التحدى.

ولكل من الحالات السابقة تأثيراتها المصاحبة والمتميزة: فالتهديد يستدعى درجة عالية من القلق، والفقدان أو الحرمان يصحبهما الاكتئاب أو الحزن الشديد، أما بالنسبة للتحدى فإنه يستثير درجة معتدلة من القلق وإطلاق طاقة معينة لحل هذه المشكلة.

وقد تم دمج بعض من هذا التأثيرات فى بحث المؤلفة السابق ذكره: فالفقدان يرتبط بدرجة عالية مع الشعور بالاكتئاب بينما تهديد التكامل يتصل بالخوف، أما الأزمة المتعلقة بالتهديد للحاجات الغريزية فإنما ينتج عنها شعور بالاكتئاب والخوف بدرجة متساوية فى الغالب.

ومع أن الأزمة تشكل مشكلة فى حياة العميل، إلا أنها فى الحقيقة غالباً ما ترتبط بالصراعات غير المحلولة. فطبيعة الصراع الأصلى قد يحدد ايضاً رد الفعل الانفعالى للموقف الحالى. ومع أن أى تحديد تشخيصى لبناء شخصية العميل المبنى على المعلومات المأخوذة خلال أول مقابلة قد تكون مهمة جداً، فإن من المناسب ايضاً أن تحاول أن تكتشف كيف تعامل العميل مع المشكلات التى تسببت فيها الحوادث الطارئة قبل اللجوء إلى الوكالة فمن المحتمل أن يكون قد لجأ إلى طرق معتادة لحل المشكلة والتى تشكل جزءاً من طريقة حياته ولكن قد قرر اللجوء إلى طرق جديدة

للتعامل مع الضغوط المتزايدة.

وفيما يلى تفصيل للطرق التى استعملها العملاء المشاركون فى بحث المؤلفة أو التى قالوا أنهم يميلون إلى استعمالها للتعامل مع مؤثرات الأزمة فى الماضى القريب:

1- التعامل كالمعتاد، لاتوجد جهود جديدة.
2- التعبير عن الحزن بالكلمات أو الأفعال أو بكليهما (سلوك اكتئابى).
3- التعبير عن الغضب بالكلمات أو الافعال أو بكليوما. (سلوك عدوانى).
4- الهروب من الواقع من خلال الكلمات أو الأفعال أو كليهما (النوم الزائد، التخيلات، إدمان المخدرات أو الكحول).
5- شارك فى نشاطات واقعية للتعامل مع الموقف (خفض من مصاريفه، بحث عن عمل، الرجوع إلى منزل الأسرة).
6- نمو أعراض عصابية (سلوك دال على الخوف، الأفعال الطقوسية القسرية، المظاهر الهسيترية).
7- نمو أعراض جسمانية (الصداع النصفى، قرحة المعدة، الالتهابات الجلدية).
8- الاندماج مع الواقع وبذل الجهد للتعامل مع الموقف (البحث عن وظيفة جديدة، القيام بعمل تغييرات جذرية بالمنزل).

ويقرر (كابلان)، أنه حينما يضطرب التوازن، وتختل آليات حل المشكلات مع إخفاق الأساليب المعتادة الأخرى فى حل المشكلات فإن التوترات تزداد وتتسارع عملية اضطرابات التوازن.

ولكن هناك بعض الأفراد الذين لا يتأثرون كثيراً مع التعامل مع الأزمة، وبدلاً من ذلك تظهر عليهم أعراض سلوكية سيئة بعد الأزمة، ولذلك من الأهمية بمكان أن نسجل بعض المعلومات

ليس فقط عن طبيعة وحجم وسائل حل المشاكل المستعملة سابقاً، ولكن أيضاً مدى ملاءمة الجهود المبذولة فى سبيل الحلول التكيفية أو اللاتكيفية.

العامل المعجل:

إن العامل المعجل فى موقف الأزمة هو الحلقة الأخيرة فى سلسلة الحوادث المثيرة للضغوط والتى تحول الحالة الهشة المعرضة للتأثير إلى حالة عدم التوازن.

إنها القشة التى تقصم ظهر البعير، ولذلك فإنه من المفيد عند المقابلة الأولى معرفة السبب الرئيس الذى دفع العميل للاتصال بالوكالة مع أنه عادةً ما يكون العامل المعجل غير مرتبط بالموضوع، ولذلك لا يمكن الاستدلال عليه بسرعة.

ومن الناحية النظرية، قد يكون العامل المعجل هو عبارة عن ضغط داخلى يتراكم فى الفرد إلى أن يصل لدرجة من التوتر غير المحتمل، ولكن فى بعض الأحيان تحدث هذه الحالة قليلاً، ولذا فإن المعلومات عن هذه الحالة قد تكون حيوية لمعرفة ما إذا كان العميل يمر بأزمة حقيقية أو أنه فى حالة تقييم لدوافعه. ومن هنا فإن تحديد العامل المعجل قد يكون مدخلاً مناسباً فى عملية التدخل.

حالة الأزمة النشطة:

إن حالة الأزمة النشطة تعنى مرحلة من عدم التوازن عندما يكون التوتر والقلق قد تزايدا لمرحلة الذروة، وعندما لا تفيد الوسائل العادية للفرد لحل الأزمات. إن هذه الحالة هى العنصر الأساسى فى نظرية الأزمة والخاصية التى تدل على ما إذا كان التدخل فى الأزمة مناسباً أم لا. ومن الأهمية بمكان، لكى نحدد ما إذا كان الفرد فى حالة أزمة نشطة أم لا، فإنه ينبغى تقييم الحالة الراهنة للاختلال الوظيفى التى يمر بها وكما يدركها هو وكذلك كما يدركها الإخصائى العامل بالوكالة بالاعتماد على ملاحظته والمعلومات السابقة. وهذا التقييم أو التحليل لابد وأن يأخذ فى الاعتبار المجالات الأربعة الأولية لرد

الفعـل، وتشمـل: المجـال الـوجدانى، والمجـال الادراكـى المعـرفى، والمجـال السلوكى، ثم المجال الجسمانى، ولابد أن يشتمل أيضاً هـذا التقييم على فحـص لوظائف العميل المختلفة والمتعلقة بدوره الاجتماعى فى عائلته، وفى عمله، وفى غير ذلك من المؤسسات الاجتماعية، بالإضافة إلى رد الفعـل المتبـادل عنـد الآخرين. ولابد أن يشمل التقييم حكماً على حدة ومـدى الضيق والقلق عنده، بالإضـافة إلى أنه لابد أن يكـون هنـاك تقييـم لاحتمالات الخطورة فى حالة العميـل من ناحيـة إيذاء نفسـه أو الآخرين، واحتمالات الانتحار أو القتل هـى المحدد الـرئيس لتقرير نوع من العمـل المطلوب فوراً.

وهنـاك متغير آخر فى هـذا التقييـم وهـو معـرفة طول المدة التـى بقـى فيهـا العميـل فى حالـة أزمـة نشطـة، لأن هـذه الحـالة، كمـا يقـول "كـابلان" محـدودة ومتـوقعة، وعـادةً مـا تستغـرق ستـة أسـابيع، فـإن هذه المعلومات تقـرر ما إذا كان الفرد مازال فى حالـة أزمـة لأنه مـن الممكن أن يكون التـدخل هنا لـه تأثيرات إيجابية وفعالة جداً، وربمـا يكون الفـرد قد مر بالأزمة واستقـر فى حالة توازن أو فى حالـة مـرضيـة أو فى حالـة معـادية للمجتمع.

وقت التدخل فى الأزمة:

يذهـب (هـوارد باراد)، إلى أن التـدخل فى الأزمـة يمكـن تطبيقـه على الأفـراد الضعفـاء جداً أو الأقـوياء جداً، أى على أولئـك الـذين هـم بحـاجة إلى التدخل لفترات قصيرة أو فترات طـويلة. أمـا (روبرت بورتر)، فيقـرر أن العملاء الـذين يتجاوبون مـع عملية التـدخل فى الأزمة عادةً ما يعرفون مشكلتهـم النفسية والاجتمـاعية جيـداً ويتمتعـون بدرجة مستقـرة مـن التـوافق، ويدرك هـؤلاء الأفراد الصعوبات السلوكية والاجتمـاعية التى يطلبون المساعدة لحلها بالإضافة إلى ضغوط العامل المعجل.

وتتضمـن الحـاجة إلى المسـاعدة الفئات التالية:

1- اكتشاف طبيعة المشكلة.

2- توضيح أو تغيير السلوك والأفكار والمشاعر الخاصة به أو بالآخر المعنى.
3- توضيح أو تغيير التفاعل بين الأفراد وبين الآخر المعنى.
4- التعامل مع نتائج وتأثيرات المواقف والتفاعلات السابقة.
5- تقليل الشعور بعدم الارتياح الحالى.
6- خفض الضغوط البيئية.

إن النتائج التى توصل إليها المؤلف فى بحثه على أن 4 من كل 5 عملاء كانوا مهتمين أولا بتقليل عدم الراحة أو التعامل مع نتائج الأفعال والتفاعلات. وهنا وبغض النظر عن طبيعة المشكلة تبدو الحاجات الإرشادية للعملاء فى التخلص من الأعراض أو فى خفض الضغوط الخارجية. وهذه النتائج تؤيد ما يذهب إليه (رابابورت) من أنه بينما الكثير من الناس ليس لديهم الدافعية لتغيير طرقهم فى السلوك والشعور، إلا أن كل الناس الذين يواجهون ضغطاً تكون لديهم الدافعية للتخلص من المعاناة. وتلك هى نقطة البداية فى مساعدة الأشخاص فى المحن.

استعمال نموذج للأزمة:

إنه بعد تحديد عناصر الأزمة والتدخل الملائم يتعين على المرشدين العاملين فى خدمة الخط الساخن الاضطلاع بعديد من المهام، ولقد ناقشنا المرحلة الأولى وهى التشخيص، وسوف نتكلم عن نموذج المقابلة مع العميل، ونأمل أن يقدم إرشادات مفيدة يمكن تطبيقها بمرونة مع كل حالة:

1- الصراعات البينشخصية:

قد تنشأ الصراعات الخاصة بالعلاقات بين الأشخاص من خلال طريقتين:

1- عندما يتفاعل الأشخاص تتصارع حاجاتهم ورغباتهم وتوقعاتهم ولا يمكن رؤية هذا بوضوح.
2- عندما يكون لدى الشخص حاجات ورغبات وتوقعات متصارعة (قد لا

يعيها الشخص).

ويقوم هذا الشخص بالتعامل مع هذه الرغبات المختلفة كلها أو جزء منها، ولكن عندما لا يحصل على إشباع للرغبة غير المعلن عنها، فإنه يشعر بعدم الاكتفاء.

ولابد أن يتفاعل الأشخاص مع هذه الرغبات والاحتياجات حتى يتعرفوا على مصدر الصراع، وقد يحاول البعض إشباع رغباتهم بطرق غير مباشرة أو ملتوية عادةً ما تكون غير ناجحة. ولهذا فإن أهم خطوة لحل الصراع هو إدراك الطرفين لرغباتهم وتبادل هذه الرغبات بوضوح. وتعتبر الخطوة الثانية فى حل الصراع هو أسلوب اتصال كل من الطرفين يعبر كلاهما عن رغباته بوضوح، وهذا عادة ما يتم بطريقة غير مباشرة ودفاعية تبعث على الهجوم بدلاً من التعاون. كما قد تشمل أيضاً تعميمات، أو اتهامات، أو آراء، أو بذاءات، أو فى أحسن الظروف أسئلة.

"أنت لا تساعدنى أبداً فى المنزل، لماذا لا تساعدنى، أنت كسول، لو كنت تحبنى لساعدتنى من آن لآخر، إننى أعتقد أن الزوج لابد أن يساعد فى المنزل، أنت تغضبنى عندما لا تساعدنى"، كل هذه الجمل تؤدى إلى الرد الهجومى للطرف الآخر وتصعيد الصراع وليس تخفيفه.

وهذا النوع من الرسائل يدل على شخصية المستقبل وليس المرسل، ولهذا تعرف بـ (رسالة/ "أنت")، بالاضافة لذلك أنها تضع المسئولية على الشخص المستقبل للرسالة.

وهذا يعنى أن المُرسل يقدم الشعور بالعجز لتغييره.

وبالعكس فإن (رسالة/ "الأنا")، تدل بوضوح على شعور المرسل ورغباته أو توقعاته بالإضافة إلى السلوك المرغوب أو غير المرغوب.

"إننى بحاجة إلى مساعدة فى الأعمال المنزلية وأشعر بالغضب عندما تذهب للرياضة بدلاً من مساعدتى وإننى لا أحب ذهابك إلى الرياضة وتركى وحيدة فى المنزل".

وعند التعبير عن هذه الرغبات بوضوح يطفو مصدر الصراع على السطح لكى يتم حله.

وبعد ذلك يقرر المشاركون الآتى:

1- إن كان لديهم القابلية لتلبية رغبات كل منهما.
2- إن كان هناك حل وسط للمناقشة.
3- إن الصراع لا يمكن حله، ولذلك فإن أى نقاش آخر غير مفيد.

والقدرة على التعريف برغباتك تعتبر مفيدة أيضاً فى العلاقات الأقل حرارة مثل علاقة الاستشارية الهاتفية.

وهناك أنواع من المواقف تستعمل فيها هذه المهارة الجديدة، وتسمى رد الفعل لأهدافنا، وتشمل:

1- حدد الموقف:

عندما تريد الاتصال بالشخص الذى لا تريد أو لا تقدر على إعطائه المعلومات التى يريدها، (أمثلة: تكلم معه عندما يكون مخموراً، أو استمع إليه عندما يمارس سلوكاً غير سليم).

2- تحريك الموقف:

عندما ترغب فى إبلاغ المتكلم أنك مرهق أو متعب خلال المكالمة (من أمثلة ذلك: المتكلم لا يتحرك عن أول خطوة فى الأزمة، المتكلم لا يتقبل التركيز على جانب معين، المتكلم لا يقدم بدائل).

3- العمل على زيادة الوعى:

عندما تدرك شيئاً لا يدركه المتكلم وتشعر بضرورة معرفته لهذا الأمر لأنه سوف يؤثر على سلوكه. (وهذا يعنى أن صوت المتحدث يعلو فى كل مرة تذكر أمه أو كل مرة تسأل المتحدثة عما تفكر فيه، تقول لك ما يفكر فيه الآخرون).

11- التغذية الراجعة

التغذية الراجعة هى العملية التى نتعرف بها أكثر على ذلك الجانب من أنفسنا والذى يكون معروفاً للآخرين ولكنه ليس معروفاً لنا.

التعريف:

التغذية الراجعة تعنى ببساطة عملية اتصال لشخص أو جماعة تزودهما

بمعلومات كيفية تأثيرهما فى الآخرين.

والهدف من التغذية الراجعة هو مساعدتنا لكى نكون أكثر حساسية لأفعالنا ولردود أفعالنا التى تؤثر على الآخرين، وهذا الهدف يساعدنا على تغير سلوكنا.

الفئات: وقد تأتى التغذية الراجعة من عدة طرق:

* الوعى:	كثرة الموافقة	أو	عدم الوعى:	النوم
* تلقائى:	شكراً جزيلاً	أو	بحذر:	نعم لقد ساعدت
* التكلم:	لا	أو	بدون كلام:	ترك الغرفة
* رسمى:	تقييم الموقف	أو	غير رسمى:	تصفيق

التأثير: تنطوى التغذية الراجعة على التأثيرات التالية:

المدعمات (المعززات): تساعد التغذية الراجعة على تأكيد السلوك بالتشجيع على تكراره.

"لقد ساعدتنى عندما قمت بالتوضيح".

يصحح: تساعد التغذية الراجعة على تحديد الأشخاص وعلاقتهم.

التقريب بين السلوك والمقصد

"إننى غير متأكد من حقيقة شعورك"

التعريف: تساعد التغذية الراجعة على تحديد الأشخاص وعلاقتهم.

"وكما فهمت ذلك، فإنه بمرور الوقت قد تغير شعورك نحوه"

المحكات: ومن المحكات المفيدة للتغذية الراجعة ما يلى:

وصفيـة: أى تكـون وصفيـة أكثر من كونها تقييمية.

عندما نقوم بوصف رد فعل شخص ما، فإن هذا يترك الفـرد حراً فى أن يستخدمه أم لا، وكما يراه مناسباً. ومن خلال تجنب لغة التقييم فى الكلام، يتم التقليل من حاجة الفرد لأن يرد بطريقة دفاعية.

نوعيته: فالمحكات نوعية أكثر منها عامة. فعندما تقـول لشخـص مـا إنه "مسيطـر"، فـإن هـذا لا يساعـد كثيراً مثلما تقول له: "عندما كنا نتحدث الآن لم تكن تستمع لما يقـوله الآخرون، وشعـرت أننى مجبر على قبول رأيك وإلا سوف أواجه هجوماً منك".

مناسبـة: فهـى تأخذ فى الاعتبـار رغبات المرسـل أو المستقبل مـن التغـذية الـراجعة. فالتغـذية الراجعة، قـد تكون هدامة عندما تخـدم رغبـاتنـا فقـط، وتفشـل فى اعتبـار رغبـات الشخـص الموجود على الطرف الآخر.

عمليـة/ قـابلـة للاستخـدام: توجه للسلوك الذى قد يقوم المستقبل بعمل شئ حياله، ومن ناحية أخرى فإن الاحبـاط يزيد فقـط عنـدمـا تذكـر الشخـص عـن بعـض عيـوبه التـى لا يستطيع أن يتحكم فيها.

موقوتة: فالتغذية الراجعة تتصف بانضبـاط الـوقت. وعـامةً فـإن رد الفعـل يكون أكثر فائدة عند أول فرصة للتعبير عنـه بعـد السلـوك الـذى تم تقـديمه. (وهـذا يعتمد بالطبع على مدى استعـداد الشخـص للسمـاع ووجود الـدعم مـع الآخرين).

واضحة: يتـم التحقـق من التغـذية الـراجعة للتـأكـد مـن أن الاتصـال واضـح. ويمكن عمل هذا من خلال جعـل الطرف المستقبـل يقـوم بإعـادة صيـاغـة التغـذية الـراجعة التى تلقاها لكى يتحقـق مـا إذا كانت تتوافق مع ما فى عقل المرسـل، ومن ثم فـإن المتحـدث يكـون أقـدر على الفهـم إذا كـانت التغـذية الـراجعـة مبـاشرة

ودقيقة.

دقيقة: عندما تقدم التغذية الراجعة فى مجموعة تدريب، فإن الطرفين المرسل والمستقبل يكون لديهما الفرصة لتصحيح التغذية الراجعة مع الآخرين، وبالطبع فإن رد فعل المجموعة هو شيء غير متوافر لمستشار الهاتف، ولكن مع ذلك يمكن للشخص المتحدث على الهاتف أن يقول "هل هذا يعنى شيئاً لك؟، ما هى أفكارك/ مشاعرك إزاء ما طرحناه؟".

المعايير: هناك بعض المعايير المناسبة لتقديم تغذية راجعة من جوانب ثلاثة وهى:

الملاحظة:

* تكلم مع المعلومات (ما الذى تسمعه بالضبط فى المكالمة؟).
* أعطِ تغذية راجعة بعد الفعل مباشرة قدر الإمكان. (لماذا يكون هذا مشكلة؟).
* أعلن عن السياسة التى تتبعها، شارك فى الاستبصار.
* الهدف. (ما الذى جعلك تتكلم عن هذا الموضوع؟).
* عبارة توجيهية عما سوف يحدث.

12- صعوبة التغيير:

إن جميع المساعدين على الخط الساخن يشعرون بإحباط شديد عندما يرون بوضوح كيف يمكن للعميل أن يتغير ولكنه لا يريد أن يتغير. وفى معظم الأحيان لا يكون ذلك عناداً، ولكنه يشعر بأنه ملتصق بسلوكه حتى ولو سبب له آلاماً كبيرة.

لذلك ينبغى على المرشدين أن يأخذوا هذا الأمر فى الاعتبار عندما يشعرون بالإحباط مع عميل ملتصق بسلوكه، وقد يعزى هذا الالتصاق إلى أنه خارج دائرة الوعى عنده. وهذا الأمر يحمى المرشد من أن يكون عدائياً مع العميل. ويتضح ذلك أكثر من معرفتنا بأن مقاومة التغيير إنما تنتج عن واحد من الأسباب التالية:

1- المكاسب الثانوية: يتمتع العميل بمزايا وضعه الراهن، ويخشى أن

يتخلى عن الأشياء الجيدة التى يحصل عليها بسبب هذا الوضع، وهذا يشتمل على:

أ) التعاطف.

ب) الاستثناء من المسئوليات.

ج) السماح له بالسلوك غير المقيد.

د) السماح له بعدم الاكتراث واللامبالاة.

2- التوازن العصابى: وقوامه أن الشخص يخشى من سلبيات جديدة قد تنتج عن السلوك الجديد.

أ) شعور عام من الخوف من المجهول والناس عادةً ما يجدون الألم المزمن أقل باعثاً على الضيق وعدم الارتياح من القلق المتعلق بالمجهول.

ب) شعور معين من الخوف من تغيير نمط العلاقات البينشخصية والأسلوب الانهزامى عند الشخص، قد يلقى تعزيزاً من الآخرين، لذلك قد نرى أن الرجل الاعتمادى غير المستقل قد يخشى فقدان حب زوجته إذا قام بتقليل الفرص لكى تقوم برعايته.

3- **الضمير العقابى - الذنب:** قد ينظر البعض إلى أى تغيير للأحسن بنظرة الريبة والخوف، وهؤلاء الأشخاص يشعرون أنهم لا يستحقون الأشياء الجيدة أو الشعور السعيد. وعادة يعاقبون أنفسهم عند الشعور بالسعادة.

4- **الشعور بعدم السعادة:** عندما يدرك الشخص أن محاولة التغيير سوف تضطره لمواجهة شعور مخذل، ومخيف أو كئيب.

5- **مقاومة المساعدة:**

أ) عامة: كراهية الدور. وهنا لا يحب الشخص أن يرى نفسه فى دور الشخص الذى بحاجة إلى مساعدة، وهذا غالباً

يسبب خوف من الظهور بشخصية ضعيفة أمام نفسه أو الآخرين.

ب) نوعية الشعور المنقول. يشعر العميل هنا أنه لا يقدر على تقبل المساعدة من مرشد معين، لأنه يرى فيه أشياء شبيهة بشخص آخر لا يفكر العميل فى طلب المساعدة منه، مثال ذلك، قد يتشابه صوت المرشد مع صوت زوجة العميل أو ابنته.

13- المتكلمون بكثرة:

يمثل المتكلمون بكثرة مشكلة لمعظم خدمات الاستشارة الهاتفية، وهؤلاء هم الأشخاص الذين يتكلمون مراراً يومياً أو أسبوعياً على مدى شهور أو سنوات. بالإضافة إلى ذلك فإن هؤلاء ليس لديهم أى مشكلة معينة وعادة ما يتكلمون عن مواضيع متكررة. وهؤلاء يشكلون مشكلة بالنسبة لخدمات الهاتف على النحو التالى.

أولاً: يشغلون الخط لأنهم أحياناً يتكلمون لعدة ساعات إذا سمح لهم.

ثانياً: يتسبب هؤلاء فى إثارة المرشدين، وشعورهم بالملل، والإحباط والغضب منهم، وعندما يتضح لهؤلاء الموظفين أن حوالى 50% من وقتهم يفقد من خلال هؤلاء يشعرون أنه من الأفضل لهم أن يبذلوا جهدهم فى مكان آخر.

ثالثاً: إن العديد من تلك المكالمات قد تثير تساؤلات بشأن أهداف الوكالة وما تقدمه.

والآن ننظر إلى استجابة المرشد،

عندما يبدأ المرشد بالعمل على الهاتف يكون رد فعله التعاطف وتقدير مآسى المتكلمين، ولديه الدافعية للمساعدة، وقد يظل البعض الآخر من المرشدين على الهاتف لعدة ساعات حتى يتم إيجاد حل للمشكلة، وعاجلاً أم آجلاً سوف يتحول هذا التعاطف إلى

الملل أو الإحباط أو حتى الغضب.

وما يحدث بالضبط هو أن حاجات المرشد لم يتم تلبيتها، وربما صار البعض منهم مرشدين لكى يساعدوا الآخرين، حيث إن الشعور بمساعدة الآخرين يجعل المرشدين يشعرون بشعور جيد لأنهم يعملون عملاً ذا قيمة، ولكن عندما يتكلم المتحدثون على الهاتف أكثر من مرة دون هدف، يشعر المرشدون بالإحباط، وهؤلاء المتحدثون نادراً ما تكون عندهم مشكلة محددة؛ والأكثر من ذلك فإنهم لايرغبون فى حل مشكلاتهم.

ولذلك سوف يكون المرشد بحاجة لإعادة هذا السؤال "ما الذى يزعجك اليوم؟"، "ما الذى يجعلك تتكلم اليوم؟" وعندما لا يجد المتحدث مشكلة يمر بها حالياً ينبغى أن يقول له المرشد أن وقت المكالمة محدود وأنه غير مستعد أن يتكلم بدون هدف. ومن خلال خبرتى فإن سلوك المتكلم فى البعد عن المشكلة الأساسية والكلام عن أى موضوع آخر غير متصل بها يدل على أنها دعوة بسيطة لتجنب المشكلات الحالية التى تواجهه.

وعندما يقاوم المتكلم الحديث عن مشاكله الحالية، فإن المرشد يجب أن يقول له بوضوح "أنا لاأعتقد أننا نعمل أى شىء مفيد ولذلك سوف أقفل الخط"، وقد يتسبب هذا الفعل فى غضب المتكلم الذى قد يتهمك بأنك غير مهتم ولا تساعد مثل المرشدين الآخرين، لا ينبغى أن يشعر المرشد بأى ذنب عند سماع هذه الكلمات أو أنه غير مؤهل، هذا يعنى فقط أن المتكلم اكتشف أنك لن تشارك فى الألعاب التى يخطط لها.

14-كيف نتعرف على الشخص الذى يتحدث بكثرة؟

1- سهولة فى الكلام وسرعة الانتقال من موضوع لآخر. فالشخص الذى لم يتحدث فى الهاتف من قبل عادة ما يجد صعوبة فى بدء الكلام.
2- لا يتجاوب أو يتجاوب بطريقة غير

مناسبة مع الاستماع النشيط، كما لو أن استجابات المرشد غير متعلقة بالغرض من المكالمة.

3- التملص من حل المشكلة أو من إيجاد بدائل، وعدم الاهتمام بالحلول البناءة.

4- يسأل العديد من الأسئلة عن المرشد.

5- غير مهذب عندما يحبط، ولا يحترم المرشد بالإضافة إلى محاولة التحكم فى سير المكالمة.

6- يدرك عملية إنهاء المكالمة ومحدودية الوقت.

7- لديه العديد من المشاكل ذات التأثيرات طويلة المدى وليس لديه أى سبب محدد للمكالمة فى هذا اليوم. ولذلك فإنه من غير المعقول أن تكون هذه أول مرة يتصل فيها هذا الشخص لطلب المساعدة.

ليس من المناسب أن تقول: (هل هذا هو "جو" الذى يتحدث بكثرة؟) عندما تتكلم مع هذا الشخص، ولكن عندما تشك أن الذى يتحدث على الهاتف هو شخص متكرر المكالمات قل له (ما هو اسمك الاول من فضلك؟) والمشكلة أننا عندما نقول اسم شخص ما بدون التأكد من صحته، فقد يتهمنا المتكلم بخيانة السرية، وتتذكر فى حالة تجمد المحادثة وظنك أن المتحدث هو واحد من المتكلمين المشاكسين تمسك بالمعلومات التى تعرفها ولاتتذكر اسم شخص معين.

16- تقييم حالة القدوم على الهلاك:

وتعتبر هذه مهارة ضرورية لأى شخص يقدم استشارات لأشخاص انتحاريين، وهذه المهارة تعطى فكرة للمرشد عن محاولة الانتحار التى قد تحدث فى المستقبل، ويفيد هذا التقييم فيما يلى:

1- يقدم أساساً لتخطيط التدخل.

2- يساعد على التمييز بين الأشخاص المقدمين على الانتحار وهؤلاء غير الجادين فى الإقدام على هذه المحاولة.

3- يساعد المرشد على التعامل مع قلقه حيث إنه يعطيه فكرة واضحة عن الموضوع الذى يتعامل معه.

الإجراءات:

هناك بعض المجالات التى تساعد على تقييم الحالة الانتحارية مثل العمر، أو الجنس، أو الحالة الاجتماعية، أو الأمراض، أو فقدان شيء عزيز أو التهديد بفقدان شيء عزيز، بالإضافة إلى التغييرات غير المبررة فى السلوك وفى العزلة ولكن المحطات التى ثبت أنها أكثر المنبئات صدقاً فى توقع محاولات الانتحار هى كما يلى:

1- التاريخ الانتحارى.
2- خطة الانتحار.
3- الموارد .
4- الاتصال.

ولابد أن يحصل المرشد على معلومات عن هذه المجالات كالاتى:

1-التاريخ الانتحارى: هل كانت هناك محاولات سابقة؟ متى؟ نوع الطريقة المستعملة؟ رد فعل الاشخاص المقربين؟

2-خطة الانتحار: هل العميل لديه خطة؟ ما تفاصيل هذه الخطة؟ ما نوع الطريقة وقدرتها على الهلاك؟ هل هذه الوسائل موجودة؟ (مثل الحبوب أو الأسلحة)

3-الموارد: داخلية - ما مدى قوى العميل؟ مرونته؟ القدرة والإرادة فى اتخاذ البدائل؟، خارجية - ما هى الموارد المادية أو البشرية (كالأسرة، الأصدقاء، المساعدون والمختصون) أو المتاحة أمام العميل.

4-الاتصال: إلى أى درجة يشعر العميل أنه قادر على الاتصال مع الموارد البشرية؟ على طلب المساعدة؟ وإلى أى مدى يشعر العميل أن هذه الموارد البشرية تهتم به؟

مثال:

1-عميل ليس له تاريخ سابق فى

محـاولات الانتحـار، كمـا لاتوجد لديه خطة محددة لذلك "إننى أفكر أن أبتلـع بعـض الأقـراص ولكـن لا أعرف ما نوع الأقراص، عندى أخ يسكن فى المدينة وأفكر فى الـذهاب لقضاء بعض الوقت معه"

التقييـم: فـرصة الانتحـار قليلـة.

2-عميـل لـديه محـاولتان للانتحـار مـن خلال الحبـوب المخـدرة وجعـل السيـارة تصطـدم بعـامود إنارة، يتكلـم الليلة ليقتل نفسه بالرصاص ولـديه مسـدس جاهـز للإطلاق، ويؤكـد هذا العميل أنه ليست لديه أى بدائل. "إن الأمور لـن تتحسـن أبداً"، المورد البشرى الوحيد لديه هو والده الـذى يعيـش فى كاليفورنيا، ويعيـش هـذا العميـل وحيداً فى المدينـة فى حجرة صغيرة، لا يتصـل كثيراً بالآخرين وهـو عاطل عن العمـل، ويقضـى معظـم وقتـه فى مشـاهدة التليفـزيون.

التقييـم: فـرصة الانتحـار عـالية.

17-مكـالمات الطـرف الثـالـث عـن محاولات أو احتمالات لحالات انتحار:

وهـذا يحدث عندما يتصـل شخص بالخـط الساخن ويقـرر أنه يخشى من أن يقـدم أحد معارفـه على الانتحـار، وهنا يكون رد فعلك طبقاً للموقف.

أولاً: من المهم أن تتـذكر أنه عنـدما يقـوم شخـص ثانٍ بالاتصـال ليعبر عـن خوفه من أن هذا الشخص قد يقـدم على هذه المحاولة أو لا، ولهذا فإنه مـن المهم أن نرد على هـذا النـوع مـن المكـالمات بالتفصيل.

ابدأ بمحاولة عمل تقييم لاحتمالات الانتحـار مـن خلال المتحـدث وإذا كـان الشخـص المزمع على الانتحار يعـالج عنـد طبيب نفسانى، انصح المتكلم أن يتحـدث مع هذا الطبيـب، وحاول أن تبصره وتعلمـه كيفية تقييـم الحالة الانتحـارية وكيف يتحدث مع شخص انتحارى (أن يكون متعاطفاً معه ومسانداً له). وبعـد ذلـك حاول أن تجعـل هـذا المتكلـم أن يتحـدث مع الشخص الانتحارى بهـدف أن يذهـب إلى المركـز للعلاج، وعنـد

الرفض اجعل هذا الشخص يتحدث مع الخط الساخن أفضل مما نقوم نحن بالاتصال به، وبعد ذلك اجعل المتكلم يقصد أن يتصل بك مرة أخرى إذا فشلت كل الطرق فى الشخص الانتحارى (وبالنسبة للطرف الثالث فهو ايضاً يمر بشعور قوى ويحتاج إلى الاستماع النشط).

وإذا كان المتحدث لا يرغب فى المكالمة مرة أخرى، استأذن المتكلم لتستعمل اسمه عند الاتصال بالشخص الانتحارى (وإذا رفض المتحدث فلابد أن تشك فى نوع هذه المكالمة). وإذا شعرت بعدم الراحة للاتصال بالشخص الانتحارى، أطلب من الطبيب النفسانى فى العيادة التى تعمل 24 ساعة أن يقوم بذلك الأمر بدلاً عنك، ولكن إذا قررت أن تتصل بالشخص الانتحارى فإن المكالمة يجب أن تبدأ كالاتى:

أنا مارلين وأعمل مساعدة على الخط الساخن، لقد تحدث معنا جون وهو مهتم بك لأنك قد تحاول قتل نفسك، إننى أود أن أتكلم معك عن هذا الموضوع إذا أردت. قد تكون هذه المكالمة بمثابة صدمة أو مفاجأة بالنسبة للشخص الانتحارى، ولهذا فمن الأفضل أن نقول (لقد تكلمت مع أشخاص كثيرين لديهم شعورك وأريدك أن تعلم أن المساعدة موجودة إذا رغبت) وقدم أيضاً الاستماع النشط وادعو الشخص للكلام بقولك: (لابد أن الأمور تسير معك بصعوبة لأنك تفكر فى قتل نفسك، هل تستطيع أن تقول لى ما الذى يجعلك تقدم على هذا الانتحار؟)، إذا استمر الشخص الذى رفض المساعدة وأنهى المكالمة بأدب، إذا شعرت أن هذا الشخص قد يقدم على الانتحار فى المستقبل اتصل بالطبيب النفسانى فى العيادة الخارجية واسأله عن نوع الأفعال التى قد تطبق، وبالطبع إذا تجاوب معك هذا الشخص استمر فى المحادثة كأى محادثة انتحار أخرى ولكن إذا لم تكن متأكداً من كيفية التعامل معه اتصل بالاخصائى الكلينيكى المناوب للاستشارة.

الاخصائيون المناوبون:

وهم أعضاء فى مركز الصحة النفسيةوهم موظفون اجتماعيون بالدرجة الاولى ويقدمون العون والمساعدة للمرشدين فى الخط الساخن، وهم يتقاضون راتباً للبقاء على استعداد لتقديم الخدمة ولذلك لا تتردد فى طلب المساعدة منهم، وهناك فريقان للمناوبة كل أسبوع:

الاثنين - 5 مساء إلى الجمعة 8 صباحاً

الجمعة - 5 مساء إلى الاثنين 8 صباحاً

وعندما تفتح العيادات أبوابها اتصل بالعيادة الأقرب لمكان المكالمة، قل لهم من أنت واطلب الحديث مع الاخصائى المعين.

وعند انتهاء عمل العيادات اتصل بالإخصائيين المناوبين المدون أسماؤهم عندك، اتصل بمنازلهم أولاً، إن لم يكونوا موجودين اتصل بالبيجر، وسوف يتصل بك الاخصائى المناوب خلال عشر دقائق.

وإذا لم تستطع الكلام مع هؤلاء الإخصائيين راجع جدول المناوبة فى دليل الصحة العقلية، واتصل بهؤلاء الإخصائيين، اشرح لهم لماذا تتصل بهم، وإن كانوا يريدون تقديم المساعدة.

متى تتصل بالاخصائيين

إن هؤلاء الإخصائيين موجودون لتقديم المشورة، المعلومات، والمساندة، إضافة إلى أهداف أخرى سنذكرها الآن، وإذا لم تكن متأكداً من ضرورة الاتصال بهم بشأن موقف معين، فاتصل بهم أفضل من ألا تتصل. اتصل بالإخصائيين المناوبين للحالات الآتية:

1- عندما يهدد المتحدث بسلامة الآخرين.
2- عندما تكون فى موقف يهدد ثقة المتكلم فيك.
3- عندما يطلب المتحدث أن يتكلم مباشرة مع إخصائى صحة عقلية ويرفض الحديث معك.
4- عندما يطلب مريض أن يتكلم مع معالجه.

5- عنـــدما لا يتجــاوب الشخـــص الانتحــارى مـع الاستشــارات التـــى تقــدمها لـه لأن المنــاوب قــد يعــرف كيف يتعامل معه.

6- عندما يطلب الشخص المتكلم إيداع شخص آخر فى إحدى مستشفيات الطب النفسى.

7- عنــدما يطلب المتحــدث أن يودع فى إحدى مــؤسسات الطـــب النفسى.

8- عندما يتصـل المتكلم بشأن مشكلة تتعلق بالعلاج الطبى النفسى الــذى يخضع له.

9- عندما يريد فرد من هيئة المستشفى أن يتكلــم مـع الاخصـائى المنــاوب.

أنت مطـالب بالاتصـال السريع بالإخصـائيين الكلينيكين المنـاوبين فى هذه الحالات:

1- عندما لا تستطيع أن تتعامل مع أى مكالمة لأى سبب وتحتاج مساعدة لمعـرفة مــاذا تفعــل، أو تريد مـــن الإخصـائى المنـاوب أن يتحـدث مع المتكلم.

2- عنـدما يكون لـديك معلومـات عن سوء معاملة طفل أو شخص مسن أو أى نوع من الاضطهاد ولا تشعر بالـراحة عنـد كتابة التقرير، إســال الطبيـب أن يكتــب التقــرير طبقـــاً للقانون.

3- وإذا تركت فيك محادثة هاتفيـة أثراً سيئــاً وغضبــاً، فــأنت بحــاجة إلى مساندة منهم.

ماذا تقول للأخصـــائى الكلينيكـــى المناوب؟

1- اسمـك وأين تعمـل حالياً على الخـط الساخن.

2- ما تحتاج إليه بالضبط.

مثـــال: كنــت أتكلــم مــع شخـــص انتحــارى لمدة ساعة ولكنــه يرفـض أن يتنــازل عن فكرة الانتحـار ولديه استعداد أن ينتظر على الهاتف حتى أتكلـــم معـــك، ولكنـــه يرفـــض أن يعطينـــى رقــم الهـاتف الخــاص به، ماذا أفعل؟

3- ملخص لحالة المتكلم.

(مثال: إنه سائق شاحنة عمره 46 سنة ويعيش بمفرده ويبدو أنه مكتئب جداً)، أو ملخص عن طبيعة حاجتك للمساعدة.

4- ملخص عن المشكلة القائمة. إنه كان يفكر فى عمل حادثة بسيارته طوال اليوم، ويشعر بالوحدة، لا يوجد لديه أى أصدقاء، ولا يرى أى مبرر للحياة، وقد اتصل بأخته هذا الصباح وطلبت منه أن يتركها وشأنها ثم قفلت الخط.

5- أى معلومات مفيدة. إنه مطلق منذ عام ويعيش وحيداً من ذلك الحين، ونظراً لأن عمله يتطلب منه السفر الدائم فإنه لم يستطع تكوين أصدقاء دائمين، وقد ابتلع جرعة زائدة من الأسبرين منذ 5 أعوام عندما اكتشف أن زوجته تخونه، وعندما سألته عن سبب المكالمة قال إنه يشعر بأنه قليل الفائدة.

6-نوع الصعوبات التى تواجهك فى المكالمة.

وأخيراً:

1-قد يتصل بك الإخصائى المناوب ليطلب منك أن ترسل له رسالة صوتية وهذا ما سوف تقوم به - اضغط على زر التحويل، اضغط على الرقم 74، اقفل الخط.

2- لا تعد أبداً أن الإخصائى سوف يتصل به، قل للمتحدث أنك سوف تتصل بالإخصائى وأن شخصاً ما سوف يتصل به.

3- قد توقظ الطبيب المعالج من نومه، كن صبوراً لأنه قد يستغرق دقيقة أو اثنتين حتى يجيب عليك.

4- إن الإخصائيين المناوبين هم أشخاص مدربون وهم بشر فوق كل شىء، هم ليسو سحرة ولكنهم ماهرون ومحبون للأشخاص الآخرين، وهم موجودن لمساعدتك فى عملك بطريقة إنسانية. اطلب المساعدة منهم، وإذا شعرت أن أى طبيب معاون قد عاملك بطريقة غير مناسبة أو لم يرد على أسئلتك، أرسل ملحوظة عن هذا الموقف لصندوق بريد مدير الخط الساخن.

18-تقييم التهديد بالقتل:

الخلفية:

* تاريخ الاعتداء أو القتل السابق.
* هل يوجه هذا الشخص غضبه للخارج أو لا يستطيع التحكم فيه ويعبر عن الغضب بطريقة غير اجتماعية وهجومية.

النية:

* التهديد بالقتل، بالأخص نحو شخص معين.
* الخطة ما هى الخطة بالتفصيل؟
* الوسائل - هل الوسائل التى يهدد بها موجودة؟

الضغوط:

هل توجد أحداث أو ظروف حالية يحتمل أن تخلق ضغوطاً أو تزيد من احتمالات مواجهة العنف؟

1- فقدان شخص عزيز أو العمل.
2- الإحباط: فى العلاقات الحميمة، البحث عن العمل، الفشل فى المهام الضرورية/ الفشل الجنسى.
3- تهديد مظهر الإنسان (خاصة الرجولة) وتشمل النقد من قبل المدير فى العمل أو الزوجة والعلاقات الجنسية الشاذة.

الأسباب المتعلقة بالضحية:

هل سلوك المجنى عليه يثير الفرد الآخر للاعتداء عليه؟

الموارد:

الخارجية: هل لدى الشخص أى مصدر منظم لدعمه؟ أى موارد مادية؟

الداخلية: ما مدى وعى الفرد بذاته، وما مدى قدرته على معرفة الخطر بأنه قد يقوم بالقتل، ومعرفته لبدائل أخرى للتعامل مع الموقف؟

التغيرات السلوكية فى الماضى القريب:

* التغير فى المزاج والعاطفة خاصة من الناحية العصبية.
* عدم استقرار الجهاز الحركى، واضطرابات فى النوم والأكل، ونوبات البكاء، وحالات الخوف الشديد.

* التغيرات فى الادراك، والتغيير المفــاجىء فى الخطــط وفى طــرق التفكير والكلام.
* التشاؤم وفقد الشخص لنفسه.
* زيادة فى إدمان المخدرات والكحول.
* المشاكل الجسمانية، مشاكل مرضية متكررة أو جديدة وتأثير الحالات النفسية على الجسم مثل الإغماء واضطرابات المعدة.
* طلب المساعدة: طلب مباشر للمساعدة أو تعبير عن الخوف من أن يقوم هذا الشخص بالقتل حتى يتأكد أن هذا الخطر ليس حقيقاً.

الاضطرابات النفسية:

هل يمكن تشخيص حالة هذا الإنسان؟ أو هل تم تشخيص حالته من قبل فى فئة مرضية معينة مثل الفصام، الهستريا أو الشخصية السيكوباتية؟

ملحوظة:

يفضل أن تستعمل المعلومات من عدة جوانب لكى تكوّن صورة عن شخصية الفرد، وقد يلاحظ وجود عنصر أو أكثر من هذه العناصر فى الأشخاص الذين لا يعانون من احتمالات القتل، ونجد أن غياب عنصر أو أكثر من هذه لا يعنى أن الإنسان يعانى بالضرورة من أن خطر احتمال القتل غير موجود.

19- دورة العنف:

إذا حدث اعتداء أكثر من مرتين خلال علاقة ما ، فإن هذا يعنى أن دورة ثلاثية الأبعاد للعنف قد تكونت عى النحوالتالى:

الدورة الأولى: دورة تكوين:

* تحدث أحداث بسيطة وتشعر المرأة بعصبية الرجل.
* تحاول المرأة أن تهدىء الرجل باستعمال كل الوسائل التى تعتقد أنها سوف تفيد.
* تنكر المرأة أنها تشعر بالغضب والخوف ولكن هذين الشعورين يتزايدان.

* يعرف الرجل أن سلوكه خاطىء ويخشى أن تتركه المرأة.
* يبدأ الشعور بالغيرة والأنانية.
* يصبح التوتر غير محتمل.
* وأحياناً تعرف المرأة أن الدورة الثانية قادمة ولذلك تقوم ببدء الهجوم.

الدورة الثانية: تفريغ التوتر.

* إخراج التوتر المتجمع فى الدورة الأولى.
* يحاول الرجل تبرير سلوكه من خلال فعل قامت به المرأة.
* أقل من الدورات الأخرى، من ساعتين إلى أربع وعشرين ساعة.
* الرجال لا يتذكرون كثيراً بينما تتذكر النساء كل التفاصيل.
* ليس من الغريب أن يوقظ الرجل المرأة لضربها.
* ويسبب الانطواء ضغوطاً نفسية شديدة على المرأة. فمثلاً لا تأكل أو تأكل كثيراً، لا تنام، صداع مستمر وإرهاق، ... الخ.

الدورة الثالثة: سلوك الحب والطيبة

* يرحب الطرفان بهذه المرحلة.
* يعرف هو أنه قد تمادى ويحاول أن يعوض المرأة فترة هدوء غير عادية.
* يشعر بالأسف، يرجو ويتعهد ألا يفعل ذلك أبداً.
* إنه مخلص ويعتقد أنه يستطيع السيطرة على نفسه.
* يريد أن تصدق ما يقوله.
* تتوصل إلى أنها مسؤولة عنه وعن الاعتداء عليها.
* ترى أنه رائع.
* حالة الحب تسيطر على كل شىء.
* قد تكون هذه الحالة مثالية.
* يذكرها بأنه بحاجة شدية إليها.
* كل طرف يعتمد على الآخر.
* هو جذاب ومسيطر.

وعادة، كلما زادت فترة الاضطهاد . كلما زادت الإصابات الحادة.

تصاعد العنف:

فترة الهدوء:

	عناصر	دورة بناء التوتر	عناصر
	ضغط	لا يوجد اتصال	فقط
		(يصبح أكثر حدة)	
		حالة عنف	
		حالة الأزمة	
المجنى عليه	الظالم لا يشعر بالندم	الظالم يشعر بالندم ويطلب العفو	
يتجاوب	ويشعر بالسيطرة		
برد فعل جديد			
الظالم يرفض	الظالم يتباحث	المجنى عليه يقبل استعادة الهدوء	المجنى عليه يعفو
حالة الأزمة			

17-أنواع الأمراض العقلية:

القلق:

1- قلق معمم (يشعر بالأعراض طول الوقت).

2- اضطرابات الرعب (يشعر بالأعراض خلال الحالة التي تأتي بعد الحوادث المؤلمة وتستمر من عدة دقائق إلى ساعة تقريباً) وقد يؤدى الرعب إلى الخوف المرضى من الأماكن الفسيحة.

3- الخواف (الفوبيا) (يشعر بالأعراض عند مواجهة الأشياء التي تثيره مثل الثعابين والعلو الشاهق).

أعراض النوعين:

- استثارة الجهاز العصبى اللاإرداى
- نبضات قلب سريعة - زيادة التنفس
- العرق - اليدان ترتعشان - الفم الجاف - الدوار - الرعشة فى الأطراف - اضطرابات فى المعدة - توتر حركى - رعشة - لا يستطيع الاسترخاء - توتر

فى العضلات - ويشعر بالقلق - التنفس بصعوبة - زيادة الانتباه - صعوبة التركيز - عصبى وغير صبور.

بعض الأعراض الأخرى لاضطرابات الرعب:

- خوف من الموت، الخوف من الجنون أو فعل شيء غير صحيح خلال الأزمة. - عدم الشعور بالحقيقة والشعور أن الجسم مشوه أو غير حقيقى.

العلاج الدوائى:

فاليوم، ليبيزيوم، اكوانيل، سيراكس، قرانكين وفستريل.

كيفية المساعدة:

الطمأنينية من ناحية طبيعية الأعراض، وأنه لن يموت أو يصبح مجنوناً، الاستماع النشط، صوت مريح، قل له إن الأزمة سوف تنتهى، اعمل على حل المشكلة، قل له أنك سوف تكون معه عندما يشعر بهذا الشعور المزعج، وقل له أيضاً إن ما يمر به هو شيء عادى.

القلق المعمم- اتبع النموذج للبعث على الراحة، قد تساعد بعض تدريبات الاسترخاء، تتعاطف مع المريض. التعاطف مع مخاوفه المرضية، تجنب المثيرات (مثيرات المخاوف)، حتى يحصل على علاج، (وتفيد فى ذلك طريقة خفض الحساسية المنظم).

الاكتئاب الأساسى

(الاضطراب الوجدانى أحادى القطب)

الأعراض:

تناقص الاهتمام بالنشاطات المفضلة، تناقص القدرة على التركيز، طاقة أقل، رغبة جنسية أقل، شعور متزايد بقلة الأهمية وبالذنب، الشعور بالعجز، الحزن، الشعور بالنقص، زيادة أو نقص فى النوم.

الدواء:

(ديسبرامين) (نوربرامين) (أميتريبتلين) (ناريل) (ترايفل) (سنوكوان) (زوليف) (بروزاك) (أفنتيل).

ويظهر مفعول هذه الأدوية بعد أسبوعين من العلاج.

كيفية المساعدة:

اتبع النموذج وفقاً للخطوة السادسة التى تبين خطة الفعل ، ولا تتوقع أن يكون المريض غير مكتئب عند نهاية المكالمة. حاول أن تشجعه على فعل الأشياء الطيبة بالنسبة له (العناية بنفسه).

الهوس (الاضطراب الوجدانى ثنائى القطب)

الأعراض

فى حالة الاكتئاب يكون هناك نفس الأعراض مثل الاكتئاب الأساسى، وفى حالة الهوس يكون هناك زيادة فى الطاقة وفى الكلام، تطاير الأفكار، هذاء العظمة، قلة فى النوم، زيادة فى العصبية، الشعور بالسمو، قد يتكلم عن أوهام لخطط أو مخططات، الكلام المضغوط والذى يصعب أن تقاطعه.

الدواء:

ليثوم، وهو هام جداً أن يتناول هذا الدواء كما يصفه الطبيب، لا زيادة أو نقصان فى الجرعة).

كيفية المساعدة:

لا تستمع بنشاط إذا كان المريض ذهانياً (كأن تكون لديه هلوسات أو هذاءات). وساعده ليحل المشكلة. حاول أن تطمئنه ثم اسأله إذا كان قد تناول الدواء المخصص له. لا تخاف من أن تقاطع المتكلم المهووس وقدم له خطة لكى يشعر بالتحسن اليوم. (من غير المحتمل أن يتناقص الهوس خلال المكالمة).

الفصام

الأعراض:

هلوسات (سماع أو رؤية أشياء)

هذاءات معتقدات غير مستندة إلى الواقع، وقد تأخذ شكل هذاءات التتبع أو هذاءات العظمة) عادة ما يشعر بالسمو، اضطراب فى عملية التفكير، عدم الترابط بين الأفكار، فقر فى المحتوى، اهتمام بالصوت أو بالكلمات أكثر من الاهتمام بالمعنى.

الدواء:

ثورازين، ميلاريل، مستيلازين، بروليكسين، (عادة حقنة كل أسبوعين)، هالدول، نافان.

اضطرابات الشخصية

وتشمل هذه الفئة عدة أنماط مختلفة من الاضطرابات ،ولكنها تتميز بصفات عامة مشتركة، ويجرى التعامل معها بنفس الطريقة عند التدخل فى الأزمة. وقد يعانى هؤلاء الأشخاص من الاضطرابات التى ذكرناها من قبل، بالإضافة إلى اضطرابات الهوية الشخصية، وبما أن لكل شخص سمات للشخصية، فإنه عندما تكون تلك السمات غير مرنة وغير تكيفية، وتسبب إما إعاقة أو تعطيلاً حاداً فى التوظيف الاجتماعى أو المهنى للشخص أو ضيقاً ذاتياً، فإن هذه السمات تؤلف اضطرابات الشخصية.

الأعراض:

- التمسك بأنماط من السلوك تبدو فى غير مصلحة الشخص "ويسبب له مشاكل فى حياته"، وخاصة فى علاقته مع الآخرين، وهذا العميل يميل إلى أن يرى مشكلاته على أنها خطأ من بقية العالم حوله وليس بسببه، وهؤلاء المرضى يضعون مسؤلية قليلة على أنفسهم عن مشاكلهم بالإضافة إلى رؤية أنفسهم على أنهم ضحايا العالم القاسى وأنهم قادرون على تغيير العالم لمصلحتهم وعادة ما يعانى هؤلاء المرضى من مشاكل تستمر معهم طول الحياة، ومن الصعب جداً التعامل معهم لأنهم قد يكونون عدائيين ومتمركزين حول ذواتهم.

ومن الأنماط المحددة لهذه الاضطرابات، أو تجمع السمات مايلى:

جنون العظمة (بارانويا) (الشك) - النرجسية (حب النفس) - زيادة العاطفة - معادى للجميع (سيكوباتى، استغلالى) - اعتمادى (سلبى وخانع) - قسرى (مسير بالقواعد والنظم ومنغمر داخلها) - إحجامى (زائد الحساسية تجاه الرفض أو النبذ) - سلبى - عدوانى - انفصامى (لامبالى) - غريب

الأطوار.

أما اضطراب الشخصية الحدى، فهو بصفة عامة أكثرها شدة ويتصف بالغضب الشديد، والاندفاعية، والملل المزمن، وعدم القدرة على تحمل الوحدة، وعلاقات متوترة ومصطرعة.

الدواء:

لايوجد دواء معين، ولكن من المحتمل استعمال مضادات القلق أو الاكتئاب.

كيفية المساعدة

اتبع النموذج، وركز على العامل المعجل فى هذا اليوم، وإذا لم يظهر على السطح أزمة معينة اليوم، ولكن توجد شكوى من عدم الارتياح فى الحياة بصفة عامة بالاضافة إلى الغضب من الآخرين، انصح هذا الشخص باللجوء إلى العلاج النفسى، ولا تحاول أن تعمل على حل مشاكله القديمة، وضح له أن هذه الخدمة تقدم للأزمات وأن مشاكل الحياة المستمرة لابد أن تحل من خلال العلاج النفسى.

وفى حالة التدخل فى الازمة اجعل حل المشكلة مسؤلية المتكلم واستعمل التغذية الراجعة إذا كانت هناك أى صعوبة فى التعامل معه، لا تتوقع أن يشعر هذا الشخص بالتحسن عند نهاية المكالمة ولكن اجعل هدفك وضع خطة عمل للتعامل مع الأزمة.

وتذكر أنه فى حالة الإحباط عند المتكلم أنه شخص فى حالة ألم ويحتاج إلى التعاطف والتعامل معه بإيجابية من خلالك، ولذلك إذا بدأت بمعاملة هذا الشخص بعدائية، فإنك قد تعزز فيه نظرته المضطربة إلى العالم. وإذا كان هؤلاء الأشخاص هكذا فى حالة من العجز؛ فلا تعاقبهم على مرضهم. (عن الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل - الرابطة الامريكية للطب النفسى 1980)

2- المتكلم الذهانى (المريض عقلياً):

فى الحالة الذهانية، يعانى الفرد من اختلال فى الاستجابة الانفعالية، وفى التذكر، والاتصال، واضطراب الإدراك،

ولذلك لا يقدر على التصرف فى متطلبات الحياة الضرورية.

وفى حالة الفصام (وهو نمط من الذهان)، فإن ما يميزها بالدرجة الأولى هو اضطراب فى عملية التفكير الذى يأخذ المظاهر التالية:

أ) التفكير مقطوع عن الواقع:

1- الهلوسات - صورة بصرية أو سمعية أو أصوات غير موجودة فى الواقع. مثال: "أسمع اصوات تقول لى أن أقتل نفسى" أو "الزهور تنمو فى السجادة التى فى حجرتى".

2- الهذاءات - اعتقاداً أو مجموعة معتقدات تناقض الدليل الموضوعى، وغالباً ما تكون هذاءات جنون العظمة مثال: "إن ملائكة الجحيم تضغط علىّ كى أحول الجراج الخاص بى إلى مكان مقابلة".

ب) التفكير مقطوع عن العاطفة:

وهنا لا يعبر الشخص عن أى عاطفة غير مناسبة. مثال "قد يضحك الشخص وهو يتكلم عن وفاة شخص آخر" ويتضمن كلام الشخص عدم ارتباط فيما يعبر عنه من أفكار وكلمات، ويكون تعبيره عبارة عن "سلطة كلام" أو عن تجريدات زائدة.

التدخل:

كل هذه الأعراض الذهانية هى طرق للتعامل مع الضغط النفسى، كما يمكن النظر إليها على أنها أساليب دفاعية ضد المشاعر المضطربة ولذلك كلما تزيد هذه المشاعر تزيد أيضاً الأعراض الذهانية.

1- لا تسمع بنشاط أو تعكس هذا الشعور لأن ذلك من الممكن أن يزيد تلك الأعراض. حاول أن ترسخ علاقة من الثقة والوئام من خلال الصوت الحنون وإبلاغ المتكلم أنك تهتم به وتريد المساعدة.

2- لا تتعامل مع الهلوسات الهذاءات إذا حاولت مناقشة المتكلم أو عدم الموافقة على شىء فإن ذلك يخيفه أو

يبعده عنك، ولا تضع نفسك فى موقع الشخص الناصح لأن المتكلم يريد أن يشعر أنك موجود لمساعدته، إذا تصرفت وكأن تلك الأعراض من الواقع، فقد يعمل ذلك على تعزيز تلك الأعراض أو يثق فيك المتكلم ويصبح أكثر انزعاجاً (لأن المتكلم يعرف أن ما يقوله لك غير حقيقى).

3- اكتشف المشكلة الآن وابحث عن العامل المعجل، وهنا حاول أن تحدد ماهية الضغوط المسببة للأعراض الحالية (اسأل ماذا حدث اليوم والتغير الحديث العهد) وإذا شعرت بالارتباك من رد العميل، كن صريحاً (اسأل العميل أن يعيد المشكلة مرة أخرى).

4- ركز المكالمة على محاولة تخفيف عامل الضغط، قد تضطر إلى التركيز على هذه المحاولة عدة مرات، اقتصر فى الحديث على الأحداث الماضية.

5- اعمل على حل المشكلة.

قد يلزم أن تكون أكثر مباشرة، وتعمل على حل مشكلة العميل، اعمل على وضع خطة لتخفيف أو تجنب عالم الضغط، قد تسأل العميل عن الأشياء التى قد ساعدته فى الماضى، وقد تقترح الاقتراحات الآتية: أخذ الدواء، الاتصال بالطبيب النفسى الخاص، أخذ حمام دافىء، الحليب، مشاهدة التلفزيون، المشى أو أى شىء آخر يتعلق بهذا الموقف، إذا لم تستطع أنت والمتكلم أن تكونا خطة تجعله يشعر بالتحسن، تذكر أن الاخصائى المناوب والطبيب النفسى هناك لمساعدتك.

21- التدخل الهاتفى فى الأزمات التى يمر بها الأشخاص ذوو الاضطرابات المتعددة:

أولاً: من المهم والضرورى أن تعلم أنه فى الكثير من الأحيان لا يعرف المرشد أنه يتحدث مع شخص يعانى من اضطرابات شخصية متعددة، لماذا؟ لأن المكالمة قد تمر بطريقة عادية جداً ولا يذكر المتحدث أى شىء عن مرضه. والأكثر من ذلك، فقد لا يكون المتحدث

واعياً بطبيعة مرضه، ولكن إذا أبلغ المتحدث بحقيقة مرضه للمرشد، فإن نموذج التدخل فى الأزمة يعمل بطريقة فعالة مع هؤلاء الأشخاص. وفيما يلى بعض القضايا التى ينبغى أن تدركها وهى:

اللغة: استعمل لغة لا تتناقض مع اللغة التى يستعملها الطبيب النفسى.

المعالج: اسأل عما إذا كان المتكلم يذهب إلى معالج أو لا، وعن الأشياء التى قالها المعالج له لتساعده فى مواقف مشابهة لهذا الموقف، وعند الإمكان أشر إلى المعالج لكى يقم بتهدئة المتكلم، وقد يكون من المناسب أن تتكلم بصوت هادىء ومريح ولكن لا تتكلم بصوت الواعظ أوالمسؤول.

الأمان: الأمان هو عامل هام للمتحدثين الذين يعانون من اضطرابات شخصية متعددة، وهم فى الغالب قد افتقدوا هذا العنصر عندما كانوا أطفالاً. وهناك العديد من الطرق التى يتبعها هؤلاء الأشخاص فى التعامل مع المعالجين لكى يشعروا بالأمان.

المكان الآمن: وقد يكون هذا المكان فى خيال المتكلم، وقد يكون مكاناً طبيعياً به حدود آمنة، مثل الغرفة أو أى مكان يشعر فيه بالأمان. واسأل المتكلم إذا كان لديه أمن. مثال: "هل هناك مكان آمن قد تذهب إليه فى خيالك"، ساعد الشخص أن يشعر بالراحة فى هذا المكان ويخفف من خوفه. وقد يصف لك هذا المكان ولكن حاول أن تحترم خصوصيته.

الشىء الآمن: إن العديد من المتكلمين الذين يعانون من اضطرابات متعددة فى الشخصية، يكون لديهم أشياء آمنة مثل الحيوانات المحنطة، ملابس خاصة، أو كراسى، أو أشياء أخذوها من أطبائهم النفسيين. وبعض منهم لديهم شرائط تسجيل قاموا بتسجيلها مع معالجيهم، وتشرح المكان الآمن لهم لتساعدهم على الذهاب هناك. وإن كان المتكلم لديه تلك الأشياء، لا

تضغط عليه، إنما ساعده أن يستعملها لتهدىء من حالته.

قائمة السلوكيات الآمنة:

المتكلم الذى يعانى من الاضطرابات الشخصية المتعددة قد يكون عنده قائمة بالأنشطة الآمنة التى قد ساعدته فى الماضى على التخفيف من شعوره السلبى، ساعد المتكلم على استعمال هذه القائمة بينما تخطط للعمل الذى سوف تقوم به بعد المكالمة.

ساعد المتحدث أن يخترع قائمة بالأنشطة والأفكار الآمنة لأنه قد يحتاج لتشجيعك إن كانت هناك صعوبة، فكر فى الأشياء التى تستعملها مع نفسك.

الإصغاء الفعّال:

إن المرشد ينبغى أن يكون واعياً دائماً بأهمية الإصغاء الفعال فى تحسين حالة المتحدث الذى يعانى من الاضطرابات الشخصية المتعددة مثل الحالات الأخرى. ولكن كن حذراً من أن الإصغاء الفعال قد يذّكر المتحدث بأزمات قديمة أو حديثة وتثير شعوره. وعند حدوث هذا الأمر، حاول أن توجه تركيز المتحدث لحل الأزمة الراهنة، استعمل أفكار المكان الآمن أو ساعد المتحدث لحل الأزمة الراهنة، وساعده على الشعور بالأمان.

مواضع المشكلات:

1- الإنكار أو التشخيص:

وهذا تشخيص مخيف لأن قبول التشخيص له يعنى أنه قد تعرض لسوء المعاملة وإذا كان المتحدث يواجه مشكلة فى هذا الشأن اتبع ما يلى:

أ) قل له أنك تتفهم مدى درجة خوفه وغضبه وعدم تصديقه.

ب) اعمل على تقوية علاقته بالمعالج.

ج) حاول أن يرى التشخيص على أنه طبيعى.

د) لا تحاول أن تضغط على المتحدث لكى يتقبل التشخيص.

2- الإنكار أو الذكريات السيئة:

وغالباً ما ترتبط بإنكار التشخيص.

أ) إذا قال لك المتحدث عن سوء معاملته، عن ظلمه، فاستمع بتعاطف.

ب) قد يسأل المتحدث عن شخص آخر غير المعالج ليثق به. قل له إنك تصدق ما يقول، وأن شيئاً فظيعاً قد حدث لهذا الشخص المتحدث في الطفولة لا ينبغي أن يحدث.

ج) قد يستعمل الشخص الإنكار للدفاع. حاول أن تشجعه على أن يتكلم مع المعالج عن شكوكه وعن الأشياء التي لا يعتقد فيها.

3- الطرح (التخلص من الذكريات السيئة عبر الهاتف):

أ) التحرر من الذكريات السيئة على الهاتف لا يعتبر فكرة جيدة حتى مع معالج هذا الشخص. ومن أهداف العلاج النفسي هو جعل التحرر من الذكريات المؤلمة يحدث خلال وقت جلسة العلاج حتى يتكون لدى العميل شعور أكبر بالتحكم.

ب) عادة ما يتضمن التحرر من هذه الذكريات مشاركة وإحساساً أكبر بالكفاءة في تفريغها، وكأنها تحدث الآن.

ج) أنت بحاجة إلى مساعدة الشخص على التوقف عن التحرر من الذكريات، حاول أن تجعل الشخص موجوداً معه يساعده على الرجوع إلى الحاضر. وقد يكون هناك شخص آخر متواجد ليساعده على التهدئة وعلى الارتباط بالواقع، كأن يصف المكان الذي يوجد فيه أو يصف حالة الجو.

د) ساعد المتكلم على أن يعرف أنه على الرغم من أنه قد مرّ بذكريات وشعور صعب، فليس من الضرورة أن يبقى هناك الآن. مثال: "بالإمكان أن تفكر في هذا الموضوع مؤخراً عندما تكون في أمان مع طبيبك المعالج".

هـ) إذا لم تستطع وقف عملية التحرر من الذكريات المؤلمة، حاول أن تساعد الشخص أن يشعر بالأمان ثم اتصل بالإخصائي أو الطبيب

المناوب أو الطبيب النفسى.

4- التهديد بالانتحار أو إيذاء النفس:

أ) إيذاء النفس:

وهذه وسيلة أو محاولة للتعامل مع المشاعر غير المفرحة عندما يعاقب الشخص نفسه ليؤكد أنه حي أو ليشعر بالراحة أو اللذة. ولكن على أى حال لا تكون هذه العملية محاولة للانتحار. وفى بعض الأحيان تقع الأخطاء ولذلك، فإنه من المهم جداً وجود بدائل لإيذاء النفس.

حدد:

1- ما إذا كان فعل الإيذاء النفسى قد تم أو يحدث حالياً.
2- وعند حدوثه حدد الحاجة إلى الرعاية الطبية أو إلى الذهاب للمستشفى. وعند عدم الحاجة للرعاية الطبية، يحتاج المتكلم لمساعدته لكى يتعامل مع الشعور الناتج عن هذا السلوك. ساعده على حل المشكلة وكيفية الاعتناء بنفسه.
3- إذا كان فعل إيذاء النفس لايزال مستمراً، حاول أن تقدم له تغذية راجعة مناسبة وأن تجعل المتكلم أن يتوقف.
4- إذا كان المتحدث قد خطط لإيذاء نفسه، فإنه ربما يأمل أن يجد بدائل لهذا السلوك. حاول مساعدة المتكلم أن يجد هذه البدائل (ابحث عن الآخرين المعنيين ممن يمكنهم مساندته).

ملحوظة:

ليست هناك حاجة للضغط على المتكلم حتى لا يؤذى نفسه لأن هذا الأمر هو اختياره. حاول أن تزيل الشعور الذى يجعله يحاول أن يؤذى نفسه. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة فى هذا الأمر، اتصل بالإخصائى الكلينيكى المناوب.

5- الانتحار:

من هو الانتحارى؟ الجانى أم المجنى عليه؟ حاول أن تجد شخصاً يساعده على إزالة هذا الشعور، وبعد ذلك استمر مع حل المشكلة، واجعل المتكلم أن يتعهد

بعدم التفكير فى الانتحار إذا واجهتك مشكلة، اتصل بالمعالج.

6- هل من الضرورى أن تستعيد الجانب المفقود:

هذا يعتمد على الموقف، لأن هذا الجانب المفقود قد يكون مفيداً الآن فى استخدامه، مثال: "حاول أن تجعل الجزء الأفضل منك أن يعمل معى فى هذه المكالمة، وذلك بجعل المتكلم قادراً على جعل جزء منه ليتعامل معك ليشعر بالأمان".

الخلاصة:

إن تشخيص الاضطرابات النفسية أمر صعب، وهذا ينطبق على المتكلم والمرشد، لأنه نظراً للآلام الانفعالية الشديدة التى يمر بها الشخص الذى يعانى من هذه الحالة، فإن المرشد عادةً ما يشعر بالعجز، والغضب، والخوف، كن مدركاً لتلك الانفعالات التى قد تحدث خلال وبعد المكالمة. وأكثر من ذلك، فإن الشخص يريد شخصاً آخر أن يزيل الآلام التى يعانى منها، وهذا شىء من المستحيل. وأكثر شىء من الممكن أن تفعله هو أن تساعد هذا الشخص على أن يجد الطرق المناسبة للتعامل مع هذه المشكلة. كن حذراً ولا تلعب دور المنقذ على الهاتف.

وإذا استطاع المتكلم أن يتغلب على مشكلته، فأنت بحاجة لقفل الخط. كن أميناً مع المتكلم لأن الأمانة هى أجدى شىء فى المكالمة.

22- إدمان الكحوليات:

مؤسسة جونسون

الألم عادى النشوة

أ) المرض:

الاعتماد الكيمائى على المخدرات أو الكحول يعتبر مرضاً وله أعراضه التى يمكن وصفها فيما يلى:

1- المرض الأولى: لا يكون العرض الثانى لشىء آخر.
2- المرض المتقدم: يتطور نحو الأسوأ، ويصبح الشخص الضحية مريضاً

جسمياً وروحياً وانفعالياً ونفسياً.

3- المرض المزمن: وهو مرض ليس له علاج، ولكن يمكن الشفاء منه من خلال الابتعاد عن المؤثرات الكيميائية.

4- المرض المميت: وهنا يمكن فقط إيقاف المرض. وإذا لم يكن هذا ممكناً فسوف يموت الشخص منه.

تطور المرض:

أ) الطور الأول: تعلم التغير في المزاج (التعلم الآلى):

الألم النشوة:

1- تعمل الكيماويات على زيادة النشاط المؤقت.

2- تعمل الكيماويات على توجيه المزاج نحو الانبساط كل مرة يتم تعاطيها.

3- لابد أن يكون هناك اعتراف بالمادة الكيميائية وتأثيرها.

4- تعلم أن تتحكم فى درجة تغير المزاج من خلال التحكم فى جرعة الكيماويات.

ب) الطور الثانى: البحث عن التغير فى المزاج:

الألم النشوة

1- يطبق ما تعمله فى الطور الأول على حياته الاجتماعية والثقافية.

2- يستعمل المادة الكيمائية فى الوقت والمكان المناسبين.

3- يضع ضوابط لاستعمال الكيميائى. مثال: "لا أشرب الخمر قبل الساعة الخامسة".

4- قد يعانى من آلام جسمانية (صداع)، من زيادة الجرعة، ولكن لا يعانى من آلام عاطفية.

5- يستمر فى القدرة على التحكم من حيث الوقت والكمية وكل نتائج استعمال الكمياويات.

6- المدمنون الاجتماعيون يظلون فى هذا الطور ولكن ضحايا الاعتماد على الكيمائيات ينتقلون إلى الطور الثالث.

ج) الطور الثالث: الاعتماد الضار:

1- يشعر بعدم القدرة على التحكم فى استعمال الكيمائى ونتائج

الاستعمال.

2- ينتج عن هذا الطور سلوك يعصف بالنظام القيمى عنده، كما يخلق عنده ألماً انفعالياً.
3- تنشأ التبريرات التلقائية لحالة الإدمان. ويصير فقدان البصيرة هذاء يأخذ فى التطور. التلقائية فى الحدوث، ويبدأ الشخص فى فقدان الإدراك.
4- يظل الشعور السلبى عن النفس غير محدد للشخص، ولذلك يظل بدون حل، وهذا يؤدى إلى ضغوط انفعالية مزمنة.
5- يعيش حالة من التوقعات والانغمار فى استعمال الكيمائى.
6- تبدأ أنماط الحياة تتغير وتدور حول استعمال الكيمائى.
7- والآن قد تم تحديد مواعيد صارمة لإدمان الكيمائى.
8- الضوابط التى تم وضعها فى الطور الثانى يتم التخلى عنها هنا باستمرار.
9- ازدياد الحاجة لإدمان الكيمائى، وهذا يجعل المدمن يبتكر طرقاً للحصول عليه.
10- يشعر بكره الآخرين له.
11- تبدأ حياة الشخص فى التدهور ويشمل الصحة، والجوانب الروحية والنفسية والاتزان الانفعالى والعلاقات مع الآخرين.

د) الطور الرابع: اعتياد الشعور بالحالة الطبيعية (حالة مزمنة):

الألم	النشوة

1- استعمال الكيماويات للبقاء على الحياة أكثر من الشعور بالنشوة.
2- يحدث الإغماء المتكرر.
3- قد يحدث الإدمان الجسمانى.
4- تدهور القدرة على التحمل.
5- تطور أسلوب تفكير أقرب إلى هذاء العظمة.
6- اضطراب الإدراك المكانى.
7- فقدان الرغبة فى الحياة وإفلاس تام للروح.

23- الاعتماد على الكيماويات:

السلوكيات المساعدة:

تعريف: السلوكيات المساعدة

وهى سلوكيات يرى أفراد الأسرة والأصدقاء على أنها تساعد على العناية بالشخص الذى يدمن الكيماويات، وفى العلاقات العامة قد ينظر لبعض من تلك السلوكيات على إنها تفاعلات طبيعية، وفى الأسر والعلاقات التى يوجد فيها الاعتماد على الكيماويات تساعد هذه السلوكيات على تطور هذا المرض.

عينات من تلك السلوكيات:

1- الانكار، "إنه ليس مدمناً" والنتيجة، التوقع أن الشخص الذى يدمن الكيماويات قادر على التحكم فى نفسه، تقبل اللوم.
2- تعاطيها مع الشخص المدمن.
3- تبرير الاستعمال من خلال الموافقة على تبريرات مدمن الكيماويات: "إن طبيعة عمله (المدمن) تفرض ضغوطاً كثيرة عليه".
4- الاحتفاظ بالمشاعر داخل نفسه.
5- تجنب المشكلات - الحفاظ على السلام والاعتقاد أن قلة الصراع "تجعل الزواج سعيداً".
6- الإقلال أو التهوين: "إن هذا ليس هكذا سيئاً للغاية". "سوف تصبح الأمور أفضل حينما ...".
7- حماية صورة مدمن الكيماويات من الألم.
8- التجنب من خلال تهدئة الشعور من خلال المهدئات والطعام.
9- اللوم، النقد وادعاء المعرفة والخبرة.
10- تحمل المسئوليات.
11- الشعور بالسمو ومعاملة مدمن الكحول كأنه طفل.
12- التحكم، "هيا، لا نحضر حفلة المكتب هذه السنة".
13- التحمل - "هذا سوف ينقضى كذلك".
14- الانتظار - "سوف يعنى الله بهذا".

34- إرشادات التعامل مع مكالمات المدمنين:

مكالمات العائلة أو الأصدقاء

المسموح به

1- عامل الموقف كأى موقف أزمة آخر مع استعمال تقنيات التدخل فى الأزمة.

2- حدد احتمالات العنف والخطر تأسيساً على الخبرات السابقة.

3- حدد الحاجة الى استدعاء الشرطة أو فرقة الانقاذ.

4- قدم المساندة إلى العائلات فى طلبها الى المساعدة. إبق هادئاً وبشكل مباشر.

المنوعات:

1- لاتقلل من تهور الشخص الذى لديه نية للانتحار أو القتل لأن هذا الشخص فى حالة إدمان "لاتقلق إنه فقط مخمور"؟

2- لا تتعامل مع الأزمة بطريقة غير مسئولة لأن المخدرات والخمر متضمنة فى هذا الموقف.

مكالمة المدمن فى حالة أزمة:

المسموح به:

1- اتصل بالإخصائى الكلينكى المناوب فى حالة أى إيحاء بالانتحار أو القتل.

2- كن مباشراً وواضحاً، وقل للمتكلم عما يجب أن يفعله.

3- إذا طلب المتكلم دواء لإزالة التسمم، أعطه رقم هاتف السلطات المسؤولة.

4- حوّل كل مكالمات الحوادث والطوارىء والتقييمات الخاصة بها إلى الإخصائى المناوب.

5- كن عطوفاً وصبوراً، ولكن تحدث بطريقة مباشرة.

المنوعات:

1- لا تلغ فكرة إيذاء النفس لأن الشخص فى حالة تسمم.

2- لا تستخدم الإصغاء الفعّال أو الكلام بكثرة مع الشخص فى حالة تسمم.

3- إذا كان الشخص فى حالة تسمم، فإنه يكون مضطرباً فى تفكيره وأحكامه وذاكرته، ومن ثم ليست هناك فائدة من التدخل.

4- لا تشخص الحالة على الهاتف.

5- لا تهتم بتبريراته أو إسقاطاته أو إنكاره أو تهوينه.

مكالمات الأسرة أو الأصدقاء فى حالـــة عـــدم وجود الأزمــــة.

المسموح به:

1- ساعد العائلة على الحصول على المساعدة وأعط لهم الفرصة للتعبير عن أنفسهم.

2- أعط تفاصيل عن مراحل المرض: الأولى والمتقدم والمميت ووضح لهم أن هذا الشخص لم يكن يقصد أن يكون هكذا.

3- اشرح كيف يتم شفاء أعضاء الأسرة عندما يحصلون على الفرصة للمرور بنتائج تصرفاتهم.

4- حدد رغبة الشخص فى طلب المساعدة.

5- انصح بالاشتراك فى برنامج من برامج علاج الإدمان.

الممنوعات:

1- لا تأخذ بتبريرات العائلة عن إدمان الشخص.

2- لا تتعاطف بشكل زائد مع أفراد الأسرة وكن متعاوناً ومباشراً فى الحديث.

3- لا تشخص الحالة على الهاتف، وعامل المتكلم كأنه الشخص الذى يعانى من المشكلة.

4- لا تعط نصائح بسيطة عما قد يفعله أعضاء الأسرة ولكن ابحث عن البدائل.

5- لا تنصح بمصادر علاجية معينة لأن كل شخص يجب أن يحصل على الخدمة العلاجية من خلال مرشد أو معالج.

مكالمات الشخص المدمن فى غير حالة الأزمة.

المسموح به:

1- ساعدهم على الحصول على المساعدة وأعط لهم فرصة لشرح الهدف من المكالمة.

2- اشرح لهم أن الأشخاص الذين يعانون من الخمر لم يقصدوا أن يكونوا هكذا.

3- اكشف لهم عن نتائج الإدمان.

4- حدد قابلية المدمن لطلب المساعدة.

5- شجعهم على الاتصال بالمرشدين الإخصائيين.

الممنوعات:

1- لا تتأثر بنزعاتهم إلى التبرير والإسقاط والإنكار، لأنه كلما زاد الإنكار، كلما زادت المشكلة.
2- لا تشجعهم على الكلام بصفة مستمرة.
3- لاتعط تشخيصاً عبر الهاتف.
4- لا تنصح بأى تيسيرات أو موارد علاجية لأن كل شخص لابد أن يتصل بالأخصائى المعالج.

كيف يساعد التدخل فى الأزمات على العلاج

بما أن الأزمات هى حالات وقتية، فإنها تنصهر مع الوقت فى حياة الشخص، ولذلك فإن أهداف التدخل فى الأزمة هو مساعدة عملية الشفاء، مساعدة الشخص على الاستعمال الأمثل للموارد المتاحة وتسهيل علاج أى أمراض نفسية ناتجة عن الأزمة. ومن الطرق التى تساعد على التدخل المفيد فى الأزمة مايلى:

أ) تقديم المساندة والفرصة على التفريغ: ومن أهم فوائد التدخل فى الأزمة هو إعطاء الفرصة للمريض لكى يتكلم مع مستمع متعاطف يتجنب اطلاق الأحكام. إنها تجربة رائعة لكثير من الناس ليشاركوا عواطفهم مع مستمع مهتم. وفى هذه الحالة، فإن جلسات التدخل فى الأزمة تعمل على التفريغ عن شحناته الانفعالية فى جو يبعث على الطمأنينة والارتياح.

ب) تحديد التكافل الاجتماعى: فى أوقات الضغوط، يكون أفضل وسائل الدعم هم الناس الذين يعرفون المريض وموجودون طوال الوقت، وأحياناً فى وقت الأزمة، يكون الأشخاص الذين بحاجة إلى الدعم منفصلون عن مصادر الدعم، فمثلاً، فى مواقف الحزن الشديد يشعر الشخص الحزين أنه مسئول عن عمل الترتيبات اللازمة لسد حاجة الآخرين لدرجة أن الشخص المحروم ينسى احتياجاته الشخصية، وفى حالات أخرى، تعمل الأزمات على توتر العلاقات

بين العائلة أو الأصدقاء كما هو فى حالات نقص المناعة المكتسبة "الايدز" وعندما يكشف الشخص عن شذوذه الجنسى للآخرين وفى هذه الحالات، فإن أهداف التدخل تتحدد فى تقوية شبكة التكامل للعلاقات البينشخصية.

ج) تكوين جسر للأمل: فى بعض الأحيان تبدو الأزمات مسيطرة على الموقف لأن الإنسان الذى يعانى منها لا يعتقد أنه يوجد طريقة لحل الأزمة، مثلما يحدث فى العائلات فى أوقات الخلافات الشديدة مثل اكتشاف أن مراهق بالعائلة يدمن على المخدرات، وعندما يواجه الشخص حالة فقدان شخص أو عزيز، وقد يحدث هذا أيضاً نتيجة للاضطرابات الشخصية أو للاكتئاب، وفى مثل هذه الحالات تكون إحدى أساليب الشفاء من التدخل فى الأزمة هو العمل على خلق مضمون يتم من خلاله لقاء الشخص الذى يعانى من الأزمة مرة أخرى مع شخص يقدره.

د) التغلب على صعوبات النمو: تحدث الأزمات فى الغالب خلال مراحل النمو الطبيعى مثل الامتحانات النهائية فى الكلية، أو البلوغ، وأن هذه التطورات قد تؤدى إلى حالة أزمة، فإن هذا يعنى أن هناك مشكلات إضافية قد تعقد عملية النمو.

COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER

SPONSORED HOTLINE COUNSELING SERVICES

Barbara E. James, Ph. D.

Associate Professor

Department of Psychiatry

School of Medicine

University of North Carolina

Chapel Hill, N. C.

INTRODUCTION

In the United States of America in 1955 the Health Amendments Act was adopted to provide funds to states to support demonstration projects in Mental Health Services.

Congress in 1963 adopted the Community Mental Health Centers Act, authorizing the appropriation of federal funds to support from one third to two thirds of the cost of constructing community mental health centers when applicants for federal grants qualified for federal support under terms of the stature.

In approving this legislation however, Congress did much more than to appropriate federal funds to aid the development of a mental health services program. The intent of the stature was to locate the new mental health centers within the communities where patients and their families lived, rather than in the isolated and remote mental hospitals which had been the traditional focus of treatment of the mentally ill for more than a century.

As instructed by Congress, the Secretary of Health, Education and Welfare established guidelines and regulations under which communities within the states could become eligible for federal construction grants to be administered by the National Institute of Mental Health. These translated new concepts into public policy.

The boundaries and composition of a community in

terms of the delivery of mental health services were defined and drawn to serve the needs of people, rather than the traditions of geographical boundaries, political jurisdictions, and existing mental health facilities.

Of equal or greater importance was the establishment of the range of services required of each community mental health center. Five Srevices commponents were established as "essential", inpatient services, partial hospitalization, outpatient services, emergency services, and consultation and education services.

In order to fulfill the requirement for emergency services, community mental health centers have established emergency telephone services to complement other emergency services.

The human voice was first conveyed electronically through space in March, 1876, when Alexander Graham Bell summoned his assistant with the memorable words, Mr. Watson, come here. I want you. Since that time, the telephone has evolved from a costly luxury to an essential part of life. The telephone may be the first and only link with the patient in crises (Rosenbaum et al, 1977 Rosenbaum, 1977, and Williams, et al, 1973).

The telephone entered a new era of service in the 1950's in the USA with the birth of the Samaritans. Supervised volunteers provided instantaneous telephone

contact for persons in crisis (Fox, 1962). Under a cloak of anonymity, callers could share even their most painful problems with open, nonjudgmental listeners. One contact was made by telephone, the caller's increasing isolation and loneliness had been interrupted, at least for the moment, and desperate impulses were weakened.

Orginally aimed at suicide prevention, telephone hotlines were extended to crisis of different sorts: rape, domestic violence, alcohol and drug abuse, runaway children, AIDS, poison information, cancer information, self-gelp groups and eating disorders just to name a few. In fact, there are several national directors of Hotline services published each year in the USA. (Wilson, 1991).

Therefore, by now, the use of the telephone for crisis intervention and referral is commonplace. There may be differences in style and approach, but the link among hotlines is 24-hour telephone service.

Crisis in a formal sense is an "upset in a steady state" in which the habitual problem solving strategies of the individual are not sufficient to bring the individual to his or her usual steady state. It is a time limited condition, which can be traced to a specific precipitating event and leads the individual to a solution which brings him/her to the previous steady state or to a higher or lower level of mental

functioning.

Crisis is in the eye of the beholder. A relatively massive insult may be borne by some people without untoward consequences while seemingly mild stresses overwhelm others. Whatever its source, a crisis threatens to swamp the psychological resources of the person. Such a threat may result either from the magnitude of the danger or the fragility of the person experiencing it, or it result from a special characteristic of the problem at hand that fits with a vulnerability of an individual in a particularly threatening way. For example, a child's first asthma attack would frighten nearly any parent, but if that parent's sibling had died of just such an attack, the event would be especially nightmarish. Most crisis are self-limited and resolve naturally. However, occasionally the problem overwhelms the person's usual problem-solving strategies, producing a sense of helplessness and fright and a retreat to unaccustomed (and usually less effective) coping mechanisms, e.g., projection, denial or disorganization.

Crisis intervention is a method of involvement with a person during times of severe stress. The goals of crisis intervention are to succor the person who is in distress, to help him or her through a period of difficulty with dignity, to prevent lasting psychological scarring from the experience, and if possible, to help the person garner some

psoitive benefit from coping with the crisis.

Crisis intervention is not a substi- tute for a thorough psychiatric evaluation, nor should it be construed as a "quick fix" approach to care. Effective intervention in a crisis involves rapidly establishing rapport with the person under stress, ascertaining the nature of the problem at hand, and negotiating reasonable, practical treatment. For some patients crisis intervention is a prelude to more deficitive treatment. If there is a common denominator among the diverse approaches to telephone counseling, it is fofocus on the caller's potential for effective coping, to mobilize available personal resources, to encourage realistic problem-solving, and to provide reassurance, not to dwell on personal psychopathology. In addition to supportive counseling, hotlines now offer the following services: giving information, providing referrals to hospitals, private therapists, or agencies, contacting relatives or friends if the caller permits, involving police or ambulance with the caller's consent; and arranging follow-up calls to persons considered at risk (e.g., suicide).

The vast majority of telephone calls made to hotlines are help-seeding, but some are problem callers. These include the obscene caller, the chronic caller, the one-counselor caller, and the fearful caller who either by silence, need for total anonymity,

or the "calling for a friend" routine expresses extreme difficulty in asking for help.

Hotline Crisis Counseling is viewed as both primary and secondary preventative and/or intervention services by mental health personnel. Controversy surrounds the staffing of hotlines. Volunteers have played a critical role in telephone counseling since the program was conceived in the 1950's, but, as mental health professionals have been quick to point out, volunteers are but definition nonprofessionals. However, they provide a decided economic advantage to the sponsors of the hotline or crisis center; beyond that, they bring an enthusiasm and fresh perspective to their work. For social or ethnic reasons, they may provide strong links between the neighborhood or community and the mental health system that they serve.

Therefore, the training of the volunteers becomes critical importance in order for the crisis Hotline to provide adequate services. There are certain fundamental guidelines to be followed by all crisis Hotline workers. These general principles are:

Assessing the Crisis and the Callers:

Assessment begins with understan- ding the reasons for the call, including the person's covert expectations. These very from the hope for a massive intervention to the wish for simple reassurance. Some callers can only feel close at

safe distance, others call out of loneliness; some merely call to test the counselor's sincerity. In any case, the work of assessment is essentially information-gathering. What is the caller experiencing currently? What led up to the crisis? What would the caller lide to have happen - or not happen? Who can help? Is anyone in danger? Calls from known persons who have established a telephone alliance with a hotline or a particular counselor are easier to handle. A relationship exists and the counselor is somewhat familiar with the crisis and the caller's coping skills.

Manging the Caller in Crisis:

This begins at the start of the conversation. For some, the mere act of talking will suffice. Meeting the caller's temporary needs for reassurance and contact may reduce the crisis anxiety and restore a sense of identify and self-worth. Other simple, direct suggestions may address the physical well-being of the caller: "Lie down, take it easy until ..." "Call a babey-sister to come and stay with the children until you calm down...".

The uncooperative caller who indicates his intent to die requires an aggressive intervention. If the caller's location is known, transportation to a hospital either by police or ambulance shoud by arranged immediately. If possible, the original counselor should stay on the phone while a second person calls the police or rescue squad. When a second person is

not available, the counselor should inform the caller that he is going to take action and that the person should remain where he is and open the door for police or ambulance personnel. After notifying police and the receiving facility, the counselor should reestablish phone contact with the person at risk and remain on the line until help arrives. If information about the location or number of the high-risk caller cannot be obtained, there may be identifiable background sounds or other distinguishing clues in the conversation.

Urging Follow-Up:

If the counselor feels that the telephone contact is insufficient for the needs of the caller, for the severity or chronically of the crisis, or for evaluating the general well-being of the caller, follow-up should be encouraged. At the very least, the counselor may want to invite the caller to telephone again. Most often, the caller should be referred for outpatient consultation.

Documenting the Call:

This is the final step in the intervention. Details about the caller, the situation, and the interviewer's recommendations supply valuable introductory material for the agency, therapist or crisis center to which the caller is referred (see table 1).

Table 1

Protocol for Documenting Emergency Calls

Caller:

Age:

Date & time Call Received:

Home Address:

Sex:

Tel: Worker

Number calling from:

(if different from home)

Living Arrangements:

Problem (in caller's own words)

Significant losses:

Lethality assessment:

(include previous suicidal behaviors)

Symptoms:

(include use of alcohol and drugs)

Support system:

Formulation:

Management Plan:

Others notified:

This is important. If the call is placed from a phone booth and the caller is out of change, the therapist can call back and continue the intervention. The number is also a method for determining where the person is if he cannot give an address.

Conclusion:

For individuals in crisis, the telephone provides instantaneous contact with helping persons. Regard- less of the overt content of the call, the stubbornness or provocation of the caller, and the obliqueness of the request, every call must be seen as a "cry for help". By acknowledging the pain of the caller, respecting his need for control, and being willing to work within the limits of the medium, the telephone counselor can significantly influence the

course of a crisis.

The remainder of this paper will be an actual training manual used to training volunteers for work in a 24 hour Hotline Crisis Service.

This Hotline Crisis Service has been in existence for 14 years. It serves three counties in central North Carolina. The combined population of these counties is 250.000. The Hotline is open 24 hours a day 7 days a week. The number is listed in the phone book both in white and yellow pages. It is also listed in prominent places in the community.

This hotline has possibility of 15 phone lines. After clinic hours, the calls to clinic numbers are also directed to Crisis Hotline.

The training of volunteers occurs four times a year and is done by Mental Health clinicians who are on staff of the community mental health center. Each training session is a 51 - contact-hour course consisting of a (29 Hours of calassroom instruction, b) 22 hours of observation of hotline counselors at work. Trainees listen to counselors side of contact and then read contact sheet reports. Hotline counselors may process calls with trainee. Anolunteer must be 18 years old, must be interviewed by director of crisis service; given information concerning services and training and then given 24 hours for a mutual decision. The volunteer signs a contract to attend ·all training sessions, two of which last all day on Saturdays, and the

others are in 3 hour blocks. Once all the training has been accomplished. The volunteer must then sign up to work for a minimum of 72 hours per six months and this must include an overnight shift at least once in six weeks.

A daytime shift consists of three hours. Overnight shifts are 7.5 hours and weekend shifts are 9.5 hours. If volunteers are not available, mental health center personnel must staff hotline and receive 1.85 hours comp. time for each hour worked.

At all times there is a professional health clinician (employee of mental health center) on back-up for volunteer either by direct phone or beeper. For time, except for regular office hours, that clinician is paid $ 2.50 per hours.

Training is based on crisis intervention model. The very basic assumption is that the caller in crisis is not "thinking straight" and therefore needs help with focusing on a resoluable issue and exploring the options. In simplistic terms the process is:

1- Hothline counselor establishs empathic contact.
2. Explores problem at this moment and what led to call.
3- Summarizes and gives caller feedback on both content and feeling.
4- Establishes and/or reviews focus of call.
5- Explorers options beginning with questions concerning prior successful coping with

problem and moving into other possible coping strategies.

6- Assists caller in generating plan which caller will do.

7- Recording of contact.

Helpline Counsel or Training Manual:

1.Guidelines and Expectations:

It is forbidden and grounds for dismissal from service to:

1- Divulge any confidential inform- ation to an unauthorized person, as per confidentiality agreement you have signed.

2- To have any deliberate contact with a mental health center or Helpline client, other than in the Helpline work situation.

3- To be at Helpline under the influence of alcohol or other intoxicating drug.

Volunteers are Expected to:

1- Fulfill a six-months commitment after training.

2- Work shifts totalling at least 12 hours each month they are at Helpline.

3- Sign up for their shifts for each month by the 25th of the preceding month unless an alternative procedure has been worked out with the volunteer coordinator.

4- Be absolutely punctual for shifts.

5- Notify the volunteer on duty immediately if a sudden emergency necessitates being late to or missing a shift.

6- Work an overnight shift

every 6-8 weeks unless other arrangements have been made with the volunteer coordinator.

7- Arrange for their own replacements for any shifts cancelled less than 7 days prior to the shift (except in cases where this is clearly inappropriate, e.g. death in the family, debilitating illness).

8- Attend a monthly clinical supervision group meeting.

9- Keep the volunteer coordinator informed of any address or phone number changes or any expected long periods during which the volunteer will be out of town.

10- Openly communicate any dissatis- factions or difficulties at Helpline and remain committed to continuing clinical development.

11- Keep their posted shift preference schedules up to-date.

12- Take an active teaching posture with apprentices and provide constructive feedback to co-workers.

13- Clean their coffee cups.

It is further hoped that volunteers will:

1- Work additional hours whenever they are willing and able.

2- Attend advanced trainings.

3- Take an active role in recruitment and publicity.

4- Work at some alternative project when ever a leave of

absence from phone counseling but not from the service is indicated.

5- Remain with Helpline as a long as they are effective and the experi- ence is rewarding.

It is also appreciated whenever volunteers can:

1- Plan, arrange and attend social gatherings.
2- Arrive early (15 minutes) for shift.
3- Help with mundane clerical tasks.
4- Make other imaginative contribu- tions to the service.

II. What Makes a Good Counselor?

Some of the Qualities that help:

1- The ability to really listen actively. Not just waiting until you can talk the client should do two-thirds of the talking. If you find yourself doing most of the talking, that's usually a sign that your ego is getting in the way, or that you're rescuing.
2- Empathic ability. The ability to get into a client's problem and feel approximately what she/he's uniqueness.
3- Sensitivity and perceptiveness. These qualities are partly innate and partly developed. Perceptiveness is basically the skill of hearing what the client is really saying through his words, hearing the need behind the words. Especially when clients are

filling the air with all sorts of reasons for their behavior to avoid taking responsibility for thems- elves, it is important to perceive the problem they're trying to cover up. This kind or perceptive- ness is like listening with a third ear. Another kind of perceptive-ness is being perceptive enough to know your own limitations. Knowing when to refer the person to someone with more skills/experience.

4- Ability to draw people out. Ask leading questions that can't be answered "yes" or "no". Gently probe how they feel about their situation.

5- Ability to interact with a broad variety of people. Yuppies, country folk, whites, blacks, old, young, allare likely to call here. Every one of us is walking around with a set of personal biases or prejudices. The important thing is not to let them interfere with the counseling relationship. For instance, if a 16-year-old calls in and discusses problems he's having with his parents, a young staff member might be tempted to agree with him and say, "Yeah, your parents are really lousy to make you clean up your room and come in by a certain time". This is judgemental. It is equally wrong for an older staff person to say to an alcoholic, "You really

should stop messing up your body with drug". In general, avoid sentences that begin with "You should". Leave that kind of stuff to Dear Abby and ministers.

6- Flexibility. This is an essential quality to have in any aspect of life, but solutions to a problem and point out the advantages and disadvantages of them, you are bound to be helpful.

7- Self-control. This involves remaining objective and not becoming over-involved with a client's problem so that you become ineffectual. It is hard to achieve a balance between empathy and self-control. Self-control also means keeping your prejudices and value judgements out of the relationship. And this is really hard.

8- Confidence. This is important because of a lack of confidence, which is really unwillingness to take risks in the counselling relationship, can keep you from being helpful. Fear can kill anything. Hint: Love is the oppo- site of fear. Good counselors are people who like themselves.

9- It seems silly to even mention this, but there is no substitute for being a real person. No games, no clever techniques (getting people to cry, for instance), nothing works like being a loving, open person. Honesty is what it's all about. This is

why self-awareness is so important in being a good counselor. YOU ARE THE BEST TOOL YOU'VE GOT IN YOUR BAG OF TRICKS.

The Counseling Relationship - Some Basic Values to Build On:

Both the counselor and counselee share responsibility for impute into the relationship; it is a natural venture involving risk and learning on both sides, but it is the counselee who determines finally whether or not constructive change will take place.

Both counselor and counselee bring into the relationship their own needs and feelings. Okay, what does this mean to you? Becoming aware of your needs and taking responsibility for getting them met helps keep them from getting in the way. This is the most important thing you can do to be a good counselor. Take care of Yourself.... Obviously the focus in the relationship is on the client's needs and feeling. For instance, if the counselor has a strong need to dominate the relationship and make the counselee dependent on him/her, this should be confronted by the counselor and worked through so it won't damage his/her, ability to relate to people in a therapeutic manner. There are some values that are basic to a productive relationship. Whether or not you buy into these in your personal life is none of our business. But they're necessary in your role as a

counselor.

1- Respect for the client's individuality. What works for one client may not work for another. Even more important, what works for you may not work for the client.

2- Being non-judgemental. It can be stressed too much how important it is to learn not to judge people for their actions or beliefs by our own standards. Being judgemental can be very subtle; your tone of voice, for instance, can communicate your disapproval. Or it can be very unsubtle. Example: A young man called a hotline and said he thought he had VD. The voice of the counselor sounded slightly shocked when he said very abrouptly, "You'd better get yourself to the Health Depart- ment soon".

3- Respect for the client's self-determination. The client should play a majour role in deciding how the problem is to be solved. Dont fall into the trap of thinking you know what's best for him/her, and can therefore tell him/her what to do. We are not here to give advice, even though some clients would like that. Needless to say, this includes giving ultimatums.

4- Confidentiality. If people are going to trust us, we're going to have to keep our word that their privacy will not be violated. If they are

clients or the center a copy of the contract sheet will go in chart. Otherwise, filed in Helplive files.

Establishing Rapport:

Your first task with a crisis client is to establish a supportive relationship quickly so that person will trust you and feel comfortable enough to talk about his/her problem. Over the phone with no visual cues to rely on, this is not easy. But there are some things you can do to make it easier. One of these things is called reflective listening and is really quite simple. It's not enough to listen unless we can understand, and let the client know we understand. One way to do this is to feed back to him/her what she/he's saying and what you're picking up emotionally from their words.

1. In order to reflect what you've heard, you need to be able to distinguish feelings from situations or symptoms.

Example 1: You are walking through an alley when a guy jumps out from behind a garbage can. Your heart starts beating fast and you begin to sweat. He says, "Hold it right there and give me your wallet or I'll blow your brains out!" You are really terrified.

Your situation is that you're being held up in an alley.

Your symptoms are that your heart beats faster and you begin to sweat Your feeling is that you're terrified.

2. Some ways not to respond:

When you reflect back you want to be sure you're responding to the client's, not his/her situation. You also want to respond without giving advice or solutions, or responding to your situation/feeling.

Example;

Client says: "My parents fight a lot and it's really hard for me to watch it" You say: "My parents fight, too; it's okay" (responding to the situation)

Or:

You say: "Why don't you just close your door and ignore it?" (giving advice Neither of which is helpful).

3. Some responses that ARE Helpful:

Cleint says: "My parents have been fighting" etc. You say: "It sounds like you feel hurt".

You have reflected or mirrored back the basic feeling the client expresses, which is hurt. As obvious as this seems, it is helpful to clients who aren't aware of what they're feeling (or saying). In that sense, it's educational. Another way it's helpful that it builds trust. You are communicating to the client that you care about him/her and are listening to him/her. This encourages the client to go on. You will notice that the client didn't use any feeling words. Client said, "... and it's really hard for me to watch". The counselor reflected this back as hurt. She/he might also say "Painful". Reflecting

back the feeling the client has expressed and putting it into words is the first level of reflective listening.

4. Even More Helpful Responses:

A. In addition to reflecting back the stated feeling, you can go a step further and reflect back undercurrent feelings. *An undercurrent feeling is an emotion the client may be experiencing but has not actually stated. She/he may not even be aware of these feelings rumbling around beneath the surface. Your job is to increase his/her awareness.

Example:

Client says: "I didn't get asked to the dance by my boy/girlfriend. That makes me angry". You say: "I hear your anger and I also feel like you're hur". Client had not expressed hurt but it is implicit in what she/he has described.

Okay, you're probably saying, "How do I know what to label as an undercurrent if it hasn't been stated?" The answer is that you guess, you fantasize, you put yourself in the client's shoes (empathize), you listen to your gut reaction to what's been said, you take a risk, you use common sense. If you're wrong, that's okay, because the client will probably say, "No, I don't feel hurt but I do feel shocked". Then you have learned more about the client whether you were right or wrong. It's OK not to know every thing; callers usually appreciate your being human.

B. Specific Labeling of Feelings and their Sources: What this means is that you use concrete, definite feeling words like angry, hurt, frustrated, delighted, worthless, excited, etc. The "source" thing means that you tie in where the feeling is coming from in terms of the client's situation.

Example:

Client says: "I think I'm pregnant. I'm really worried about what my parents will think".

You say: "Sounds like you're really frightened of disappointing your parents because you might be pregnant".

Another response might be, "I hear that you're worried about what your parents might think, and I also hear some guilt about not living up to their values".

Guilt is thus undercurrent, the original feeling is worry, and the source is what her parents will think.

I might add that it's important to check out with the client whether or not your perceptions are correct. This can be done easly by asking, "Am I hearing you right?" or "Is that what you mean?" after you've reflected an undercurrent.

C. Responding to Conflicts in Client's Feelings:

Often times the road block for a client is that she/he come to a fork in the road in his/her and has strong feelings about each possibility that are blocking

him/her from making a decision. Your job is to help him/her express and understand those feelings so that she/he can move toward resolving the conflict. There are three kinds of conflicts:

1- **Win-Lose:** in which you have positive and negative feelings about the person or situation. Another work for this is ambivalence. Example: "I want to go with you on the trip since it would be great to get away and relax, but I just can't stand joe. He irritates me". The feelings in conflict here are wanting to go on the trip and not wanting to be around Joe.

2- **Lose- Lose:** or out of the frying pan into the fire, when both possibilities are painful. Example: "I want to kill myself. Everything I do turns out terrible. But the problem is if do it, I'll hurt my family". Feelings in conflict here are being depressed and wanting to die vs. not wanting to hurt family.

1- **Win-Win:** or having to choose between two pleasurable feeling. Example: "I can stay in school and that would help me later, but this job offer is so great that I can't afford to pass it up. I'd feel like I'd accomplished something in school, but I like the feeling of being independent, too". Feelings in conflict are wanting to feel like she/he's accomplished something later and

wanting to be independent now. Your response might be: "I hear you being pulled between wanting security for your future and wanting to be independent now. I'm also picking up a lot of impatience from you to get on with your life and be somebody". The impatience and desire to be somebody are undercurrents. So, what you're doing is clarifying the conflict and pointing out undercurrent feelings.

5. Some bad blocks that Might Get Your Way and How to Remove Them:

A roadblock is when what the client is saying has an impact on you and makes it hard for you to keep on listening-in other words, when the client pushes your buttons. Here are some examples:

A. The client is talking about a problem that you have, too, and that you havent't worked out; Client says: "I really don't think my parents love me. They always put me down when I try to talk to them" You say: (defensively) "They must love you" What you're feeling is hurt because your parents do that, too. Bu learning to be aware of your feelings you can avoid this and instead Client says: "I really don't think my parents love me ...etc. You think to yourself: there are knots in my stomach; I wonder why? Aha! My parents do that, too, and it hurts me. You then say to client: "It sounds like it hurts you a lot when

your parents don't listen to you".

What you've done is own your feelings before you responded, so that you responded to the client's feelings instead of your won. See? This keeps your problem from turning into a roadblock for the client. It also gives you more insight into yourself, which is a nice by - product of counseling (about not, hopefully, why you're at Hotline).

B. A client presents his/her problem in a very confused way and you don't know how to respond.

Client says: "I can't seen how to get out of this depression. Well, it's not a depression because ... any way, going to school and working at the same time .. I never get to have, uh, well, I guess sometimes I do okay. It's just that I want to get away .. no, not get away, just rest. May by I could quit school".

You think: what the ....? You say: "I'm confused. You seem to be jumping around and I was having a hard time following you" Note that you removed the roadblock by owning your feelings of confusion, not by saying "You are really confusing me". That's dumping the responsibility on the client and it's judgemental.

C. You let the client know about the impact she/he is having on you by putting expectations on you.

This is done so that the focus

ends up on the client, not allowing him/her to dump the responsibility on you.

Client says: "I want you to give me some answers right now! That's why I called here". You think: I feel like I'm getting pressured to solve the client's problem. You say: "I'm feeling a lot of pressure from you to find some quick answers. I want to check that out with you because it seems to be getting in the way of your working on your problem".

This is a beautiful example of semi- subtle confronting. The client's manipulative game of Do Me Something is flipped back on him/her all without any hostility or judging of his/her behavior from you.

D. You comment on the interaction between client and yourself by owning your feelings, so that client can better understand how she/he affects others.

Client says: "I feel like my parents hurt me a lot when they tell me they don't like the way I live, and I can't do anything. They just keep putting me down". You say: "Sounds like you feel helpless".

Client says: "Sure, how would you feel if your parents did't love you?" You say: "I'm feeling like I want to protect you now because you seem so helpless. I wonder if that's the way you relate to other people". Another good example of confronting gently: You're pointing out the game the client's playing of trying to get others to protect him/her

from his/her pain instead of changing his/her behavior.

6. Some Difficulties You Might Run Into With Telephone Counseling.

A. Ambivalence about seeking help: Clients obviously want help or they wouldn't call, but there is also a possibility of their feeling defensive or resentful about having to ask for help. In America everyone is supposed to be self-sufficient (be strong). Of course, the irony is that it's the really sick ones who don't know they need help or can't ask for it. You can help overcome these unpleasant feelings by stroking the client for calling. Example: "Sometimes it's difficult to ask for help, but I feel that you really did the right thing by calling tonight.

B. Client may consistently resist any effort by you to establish a relationship. All of us have limitations in working with people. Or it may be she/he don't want to work with anyone, a Repeater.

C. Sometimes a caller may express a simple, information question, but given some encouragement, she/he will come out with deeper concerns. Example: A caller presents a legal problem that you refer to a lawyer. You might ask: "Is there anything else about this problem I can help you with? or "If you have any more hassles feel free to call again".

D. Sometimes it may be helpful to anticipate how person is likely you're feeling optimistic right now, but we both know it's

not going to be easy to face your parents. You don't have to wait until you're feeling really desperate before you call back".

E. Some situations do look hopeless at first glance. In these cases, don't give pointless reassurances or tell the person you're sure everything will be okay. Rather, be honest and say that it looks like a tough situation but you're sure both of you can work something out. If necessary, tell him/her you need to hang up and check referral sources, and have him/her call back.

Commoneffors and Fallacies of Hotline counselors

Fantasies:

Fantasies of Omnipotence (the "We have to do something" error)

You pick up the phone and suddenly you are on the spot. There is a crisis, and it seems up to you to provide an instant, expert, final, once-and-for- all answer. Interesting variations to this delution are the following:

But all I'm doing is listening! This may be quite all right. At least it's the first thing to do; until you've listened, you have no business even trying to be omnipotent! and the caller may not even want an answer he may only want an ear. Or he may prefer to find his own answers; your best calls may be those where all you do is let this happen.

If I talk about jit, it may happen (he "power of positive

thinking" error). People in trouble are not nearly so fragile as we make them out to be. In fact, to have survived some of the stresses they have been through, quite the reverse may be true of our callers. If you think the caller might be suicidal, ask him. Don't pussyfoot, and forget all the euphemisms you know about death. If you, the counselor, are too anxious to talk about such matters, how is the caller to deal realistically with them?

But he's manipulating me (the "Who's in charge here" error). When dealing with desperate people, it may be all right to be manipulated. even though your need might be to play the part of the miraculous therapist, the caller's need is what counts. Perhaps all he wants is someone to attack. We're here to get him through the crisis. A recent caller said, "Whatever you do, don't call my brother -in- law henry smith who lives at 410 Maple Street, because I know if he came down here he'd talk me out of killing myself". But we called the brother-in-law. Obvioulsy we were manipulated, but the brother-in-law's visit to the caller that night set in motion a benign cycle and great improvement in the plight of the caller. This does not mean that you should not strive to be aware of being manipulated; quite the contrary. But in dealing with crisis you don't have time for character analysis; you work to put thinks back together and start benign cycles.

Fantasies of the Good Mother (The all-loving error):

Callers are lovable human beings (and I'm warm, accepting, and tolerant). One cannot be loving for ten straight hours when dealing with crisis. Callers are human and being human, may often be hateful. They are boring, frustrating, abusive, and often down right nasty. Perhaps for many of them one of their biggest problems is that they are not lovable. This leads to a corollary.

We are all human. Nightwatchers as well as callers. Some of the people who call have tried the patience of every agency in town to the point of rejectiooon - usually well rationalized, but rejection in fact. If you find yourself hating a caller, and you know yourself fairly well, the cahances are response for you to eliminate, it is part of the caller's problem and can help you understand his plight. It helps you understand why others reject him; it helps you anticipate what reception he'll get if you make a referral; and awareness of your response helps you avoid getting drawn into the vicious cycle of demand and rejection he may enact with everyone.

Fantasies of Omniscience (the "If only I knew about ..., I could help" error).

If only were a (psychiatrist, psychologist, social worker, medicine man) then I could .. Your therapeutic tool is yourself, and the relationship you establish

over the wire. A fancy diploma hanging on the wall is of no use at such moments. Corollaries are:

If only I had read ..., or
why didn't someone tell me..

The key to this is the delusion that there is some specific bit of information which, if properly fed and with tender loving care, will transform your caller into a paragon of mental health. Forget it. By the same token, watch out for the following traps:

How can they (Welfare, VA, Private Practitioners) be so incompeten? Just wait-the caller will demonstrate just how they can, with a deft rendering of "Why don't you, yes but" or some other carefully polished game.

What if someone asks me for my credentials? Or its corollary, "But I'm only a ..." Look at this question more closely. What is the caller asking? Is he asking "Can you understand me" or Can I trust you?" If so, respond to that message. Instead of becoming defensive, respond to the caller's need. For example: "I'm an associate here at the center. I think you are wondering if I can understand and help you. Why don't you tell me the problem and we'll wee?" John Priebe, one of the more experienced nightwatchers, has pointed out that almost any caller who wants can pick you a part. His suggestion is to not get caught up on explaining yourself (which changes are, you cannot do), but to turn the conversation with a remark such

as "I don't think this is what you called to talk about".

Fantasies of Infallibility/ Fallibility (the delusion of fixed alternatives)

If it's all I can think of, it must be the answer.

If I can't think of one, there must be no answer (and now what do I do?). Variant: I'll call the consultant; he'll think of something.

This kind of thinking stops a conversation dead in its tracks; it implied that if neither participant known the answer, there is nothing more to do. Remember that answers are created not discovered, which leads to the next category involving a failure to use the interpersonal process to solve problems.

Fantasies of the Ultimate Answer (the delusion of wisdom)

There is an answer somewhere out there (the trick is to find it). This leads to either an immediate paralysis of the creative apparatus or a frantic search for wisdom of another sort: The fantasy of the perfect referral. There is an answer somewhere in here (or "let me consult my Muse"). This response also paralyzes the interpersonal process; it could be referred to as the fantasy of Soul. It occasionally tends to dead to the phenomenon of preciousness, or I'm the one with the answers for you (The "I'll" be here on Tuesday night if you need to call me" error). The

philosophy of the Helpline is that we are all to some degree interchangeable on the phone. Avoid preciousness; tell the caller he may call again anytime, and that someone is always here to talk with him.

On the Positive Side

At this point, the question usually arises, "What can I do, then?" The above is not meant to sound cynical, for there is a tremendous lot that can be done. The above discussion is to suggest that you should keep your expectations realistic. You are limited only by your ingenuity in this kind of work. Within this limit you can do the following:

You can listen: It may be a rare experience for the caller; he may learn something just from having the opportunity to talk freely. Part of the answer for him may lie in learning to ask a better question.

You can be yourself: You are selected on the assumption that you are a good human being, and that relationship with good human beings promote growth. People in a jam need other people.

You can mobilize resources: both in others and for others. The caller often possesses the answer, or the wherewithal to create it, but cannot see it. You can help him find his own answer, by helping focus the question to be answered, for example: You can also mobilize resources for him, in the sense of making referrals, making contacts with other agencies, calling a friend or minister to the

rescue, sending police, setting up an appointment in the morning, and so on.

You can learn your own limits and know when it is necessary to mobilize resources for yourself - when to yell for help. Always on the generous side in using your consultants; we'd rather be awakened for nothing than to read of a suicide in the paper the next day. Or to feel that you don't dare call us simply to share your feelings. We know powerful feelings are aroused by this work.

You can provide feedback. You will learn from the phone work. Share it. Leave notes. Come to the meetings and talk about your experience. Force the agency to take note of its faults. Be involved. You can sympathize.

Qeustion,
Clarify,
Suggest,
Inform,
Just plain be there!

IV. Roadblocks to Communication:

Introduction:

In order to facilitate an open communication process, a couselor must provide a psychologically safe environment. This is done largely through communicating acceptance of all the expressed feelings of the caller. The roadblocks listed below detract from that environment and inhibit the flow of communication by implying judgment, superiorty, condescension or discomfort. In many circumstances the use of

these roadblocks may be helpful or necessary, for instance when the counselor needs to stop the flow of the conversation. But the counselor should be later to the cost of using a roadblock in terms of inhibiting free-flowing, emotional, open communication.

I. Moralizing, Preaching, Using "Should" and "Ought" (Invoking vague outside authourity as accepted truth).

"You shouldn't belive that"

"Children are supposed to respect their elders".

II. NAME-CALLING, Labeling, Stereotyping.

"Look here, Mister Know-It-All".

"That was a dumb thing to do".

"Well, it was your fault".

III. Name, Calling, Labeling, Stereotyping.

"Look here, Mister Know-It-All"

"That's a typical male way of thinking".

IV. Distracting, Detering: (Trying to direct attention away from the caller's problem or feelings)

"Just forget about it"

"Come on-let's talk about soemthing more pleasant"

V. Interrogating: (Asking a series of closed-ended, factual questions which imply the conselor will solve the problem).

"How old are your children?"

VI. Analyzing, Speculating

About Motives, Causes ("Why")

"How come you are so hostile to your professor?" "What do you think makes him treat you that way?"

VII. Lecturing, Arguing:

(Trying to influence the caller by resorting to facts, logic, your own opinion, while denying the strength of his/her feelings)

"But most people find marriage the most wonder thing in life".

VIII. Advising, Suggesting, Giving Solutions:

"Just take a couple of years off before deciding about college"

"Why don't you find out what she wants to do?"

"Have you considered telling him how you feel?"

IX. Reassuring, Sympahizing, Consoling:

(Trying to make the caller feel better by making the bad feelings go away, denying the strengths of those feelings).

"Don't worry, things will work out"

"It won't seem so bad in the morning"

"Oh, you poor girl"

X. Unfounded Praising:

(Offering a global positive evaluation of the person which is in contrast to his/her negative experience)

"Well, you seem very intelligent to me to a caller upset by doing poorly on a test" "You're a very strong

person" to a person feeling inadequate.	"I think you're making the right decision"
X1. Agreeing: (Veiled advice or judgment)	"It does seem he's treated you unfailry".

V ACTIVE LISTENING

sender
Caller

verification/Correction
Hurt..."
"No, I,m not hurt, but
I,m realy angry..."

"Yes, I,m feeling realy
Reveiver

Listener

Counselor

Hurt

Encoding. Code
(Message):

Decoding
(What is sender experiencing)

Sender
Hurt Angry?
Upset?

"I saw my boy friend
Yesterday with someone else"

Feedback (tentative) "Sounds like you"re feeling hurt

(angry, etc)

Message unclear - more info. needed)

"What was that like for you"? "Could you talk a little

more about that?"

PROCESS:

1- Sender/caller sends message, both VERBAL and NONVERBAL.
2- Receiver tries to understand what sender is feeling or what message means.
3- If message is totally unclear, receiver may ask for more information.
4- Receiver puts understanding in own words and feeds it back for sender's verification or correction.

FOCUS:

1- On SENDER/CALLER and what she/he is experiencing.
2- On FEELING, MEANING of message rather than on facts, content.

CHARACTERISTICS OF ACTIVE LISTENING:

1- Non-evaluative, non-judgmental.
2- Conveys ACCEPTANCE.
3- Conveys understanding or DESIRE TO UNDERSTAND (desire more important than ability to correctly guess what sender is experiencing).
4- Feedback must have RESPEC- TFUL TENTATIVENEES - questioning tone ("Could this be shat that you're feeling?") leaves sender room to clarify or correct you.

EFFECT:

1- Active listening alone sometimes is all that is

needed; being heard, understood, accpted may be all sender needed.

2- Helps sender trust receiver, talk more easily, vome into deeper and more pressing issues.

3- Helps sender listen to self more closely, better understan what is going on inside him/her, and develop his/her thoughts more clearly and accurately.

BASIC ATTITUDES NEEDED FOR GOOD ACTIVE LISTENING:

1- Must WANT to hear what other is saying, experiencing.

2- Must WANT to be helpful.

3- Must genuinely be able to ACCETP OTHERS FEELINGS, however different from your own or unacceptable to you.

4- Must have deep feeling of TRUST in other's capacity to handle feelings, find solutions for his/her own.

5- Must appreciate the FEELINGS are TRANSITORY, and that expressing and articulating them generally helps to EASE them rather than increase them.

6- Must see other as someone SEPARATE from yourself.

7- Must be in touch with able to accetp your own feelings.

REMEMBER:

1- Active listning is an art, a skill that takes lots of PRACTICE. It may not be

easy at first or for a long time. Use it as often as possible.

2- Active listening will be easier in some instances than in others. There are RISKS involved. Active listening to another may bring you into touch with new feelings of your own, with new ways of looking at things. If you are defensive, fearful of this, or if someone stress up a conflict within yourself that you have not yet resolved, lit may be very difficult to actively listen.

3- Therefore, in active listening you often learn as much about yourself (or more) than/as you do about the sender/caller.

LEVELS OF ACTIVE LISTENING:

	Purpose	Example
1. Minimal e.c.	shows you are inerested	"Mm-Hm"
2. Restating	shows you are listening	"You said you felt frustrated
3. Clarifying	helps you get facts straight	"As I understand it"
4. Reflecting	Helps other person recognize and expreess feelings and attitudes	"I sense that you feel..."You seem a little ..."

VI. LIST OF FEELING WORDS:

1- Worried, trouble, nervous, anxis, apprehensive, fearful, uneasy, upset, concerned, restless, disturbed, unquiet, disquieted, fretful, frantic, threatened, confused, hassled, burdened.

2-Eager, excited, elated, cheered, joyous, imspirited, fulfilled, overjoyed, happy, heartened, stimulated, animated, blithesome, merry delighted, ecstatic, euphoric, gratified, inraptured, interested, expectant, hopeful, light, gay, exhilarated, lively, vivacious, flighty, optimistic, bright, pleased, enthralled.

3-depressed, down, dispitited, disappointed, disillusioned, disheartened destitute, wasted, empty, worthless, deficinted, unequipped, discouraged, sorrowful, miserable, horrible, discomforted, lousy, hurt, wounded, injured, frustrated, exasperated, forlorn, wretched, dejected, rjected, desperate, pessimistic, crushed, jinxed.

4- agitated, irritated, pissed off, perturbed, embittered, lupset, annoyed, bothered, plagued, provoked, harassed, angry, vexed, disgusted, furious, offended, resuntful, dismayed, raged, infuriated, bitter, revengeful, unsettelled, steaming, boiling.

5- Confused, ambivalent, lindecisive, unsure, uncertain, perplexed, abshed, unprepared, disconcerted, torn, puzzled, bewildered, baffled, lost, hesitant,

disoriented, discomforted, conflicted.

6- Indifferent, apathetic, unfeeling, unconcerned, alienated, isolated, alone, detached, uninvolved, removed, separated, alone, apart, displaced, distant, lethargic, platonic, listless isoriented, unmotivated, lazy.

7- Manipulated, controlled, dominated, subordinate, ruled, misused, abused, inferior, subjected, caged, obligated, smothered, victimized, blocked.

8- Amazed, shocked, surprized, appalled, inquisitive, overwhelmed.

9- Ridiculous, amused, entertained, foolish, embarrassed.

10- Wishful, thoughtful, wondering, desirous, pensive, hopeful.

11- Content, satisfied, appeased, calm, peaceful, composed, soothed, conciliated, comfortable, mellow.

12- Playful, frolcsome, devilish, mischievous, meddlesome, naughty.

13- Forgotten, overlooked, neglected, disregarded, omitted, slighted, unheeded, abandoned, shelved, forsaken.

14- Esteemed, respected, considered, noticed, superior, high, observed, regarded, honored, revered, venerated

adored, worshipped, important.

15- Free, liberated, unrestrained, loose, easy, uninhibited, open, mellow.

16- Protective, helpful, solicitous, motherly, nurturing, needed.

17- Guilty, blamed, faulty, culpable.

VII. OUTLINE OF BASIC CRISIS THEORY:

Crisis is the inner state of person reacting to stress when normal coping methods have broken down. Stress the demands and tensions placed on the individual constantly by his environment.

Coping methods the normative way the person handles stress, which may be adaptive or maladaptive to a degree.

A crisis is different from an emergency, a situation which required immediate external action on the part of someone to prevent injury or death.

Crisis is characterized by:

1- A rise in emotional evergy, emotional turmoil and confusion.
2- Cognitive disturbance, i.e. disturbance of thinking processes, especially problem-solving ability.
3- Perceptive disturbance, i.e. disturbance of ability to see what is really going on in an undistorted way.
4- Interference with or interruption of norma,

day-to-functioning.

5- Time-limited nature.

6- Push toward resolution.

The stages of crisis:

1- Impact- energy, emotions externalized.

2- Recoil - energy internalized - depression.

3- Resolution.

Development of a crisis:

EITHER OR

1. Hazardous event (s) single

precipitating event

2. Vulnerable state.

3. Precipitating ("last straw") event.

4. Rising emotions, cognitive and perceptual confusion.

5. Failure of coping mechanisms.

6. Full crisis.

Resolution of a crisis:

1- Restoration of former coping methods.

2- Development of new, maladaptive coping methods.

3- Development of new, maladaptive coping methods, e.g., flight, psychosis, drug/alcohol abuse, death, suicide.

Type of crisis:

1- Developmental of maturational, i.e. inability to cope with "normal" growth or change.

2- Situational, i.e. something happend, e.g., changing jobs (these often involve an element of loss).

3- Depravational, loss.

4- Integrational, i.e. inability to cope with something objectively "good", e.g. a promotion.

VIII. OUTLINE OF CRISIS INTERVENTION:

I. EMPATHIC CONTACT:

* Create an atmoshpere of trust, accptance and safety.
* Use active listening.
  a. reflect feelings expressed directly (e.g. "I hear that you feel real hurt by this").
  b. reflect feelings expressed indirectly (e.g. "You seem sort of angry").
  c. elicit deeper feelings (e.g. "In addition to the anger, what other reactions have you had?").
* Show respect through tentativeness of statements.
* Promote clarification of current feeling state and conflicts between simultaneous or alternating feelings.
* Allow ventilation:
  - enough to allow the client's rational capacities to resurface.
  - not so much as to exhaust the client, or drain his/her motivation to change.
* Before conversation becomes circular or repetitive or boring to the client, ...

II. EXPLORE THE PROBLEM NOW:

* Make a clear transition (e.g. "I really have a sense of how

painful this is for you. Could you say more about exactly what's happening that you're feeling this way?").

- Use open-ended questions.
- Ask client to be concrete, specific.
- Focus on precipitating event.
- Ask client what made him/her call at this particular point; what's worse about the last few hours/days than before.
- Limit discussion of events more than 6 weeks past.

* Local conflicts.
    - between client's needs and expernal demands?
    - between client's needs and own conscience?
    - between client's conflicting needs?
* Evaluate whether to agree with client's formulation and location of problem.
    - If not, give client feedback or your formulation of problem.
    - Actively listen to client's response to your feedback without defensiveness.
    - Reformulate until Conselor and client agree on formulation of problem When agreement is reached.

III. SUMMARIZE:

* Include emotional state, conflicts.
* Be concise, comprehensive,

accurate and understandable.

* Check for agreement; resummarize if necessary; then...

IV. FOCUS:

On specific problem to be considered in this call:

* Ask client to choose which problem/aspect of problem/area of concern seems the most important to resolve today.
* Make sure selected problem meets these criteria:
  - is causing client significant emotional difficulty.
  - is amenable to some immudiate action with likelihood of results.
* If not, give feedback to that effect and suggest that another area might be more productive to resolve first.
* When the focus has been agreed upon.

V.EXPLORE ALTERNATIVES (problem-solve):

* Ask client to generate alternatives.
  - What has she/he tried already?
  - What has she/he done in similar situations?
  - What has she/he thought of, but ruled out?
  - What would she/he with could happen?
  - Any other ideas.
* For each alternative, ask caller to predict likely consequence.
* Explore the client's feelings associated with each action

and/or consequence.

* If client still feels no attractive alternative exists, reframe as looking for least aversive alternative.

VI. AGREE ON PLAN:

* Ask client to spell out steps in plan or action, especially first step, and identify time frame.
* Develop contingency plan in case of breakdown in plan.
* Check for willingness to begin plan and accept feelings of reluctance and/or motivation.
* End call genuinely.

IX. IDENTIFYING A CRISIS:

The first step in working with crisis is to know what to look for. Four operational terms have been worked out, based on Donald Klein and Erich Lindermann's breakdown of the total emotional predicament; Gerald Caplan's plotting of the phrases in the development of crisis; and particularly, Peter Sifneor's identification of the components are: 1) the harzrdous event, 2) the vulnerable state, 3) the precipitating factor, and 4) the state of active crisis (disequilibrium).

It should be made clear at the outset that these terms are diagnostic abstractions, that few clients seen in intake interviews actually present such an orderly, clear picture. As a matter of fact, a psychological appraisal at any one time may show different members of the same family in

different stages of individual crisis springing from and contributing to the total crisis situation: the application of an unmarried pregnant girl for help in planning for her baby may constitute for her a constructive resolution of a crisis that started with her adolescent struggle about her feminine role and reached the active state mother may be in a vulnerable state, which could be precipitated into a state of active crisis by an attempt to involve her in the planning. The father may have been carefully shielded from the situation, which could cause him to perceive a request for participation as a hazardous event.

The duration of the process can be either telescoped or elongated. One event, such as the death of a mother, may be catastrophe enough to send the whole family into a state of disequilibrium. Or a series of hazardous events may occur over a period of months, each taking its toll, untill the breaking point is reached: for example, the bankruptcy of a father's business, a son's withdrawal from college and his induction into military service, the breakup of a daughter's marriage, and the beginning of a mother's menopause.

Hazardous Event:

The possible existence of a hazardous event should be explored at the coutset, the term being defined as the intial external blow or internal change that triggers a chain of actions leading

to a crisis. If the original hazardous event cannot be identified through direct questioning, it can often be identified through inferential construction of events leading to the current situation. When such as event is discovered, it is useful in understanding its impact to identify it as either unanticipated or anticipated.

Unanticipated hazardous events fall into two major categories: 1) a loss or impending loss to the applicant of a significant other, such as through death or desertion, illness or disability: 2) the introduction of a new person into the social orbit, such as through the premature birth of a child or the return of significant other after a prolonged absence; 3) involvement in community disasters or disruptions, such as fire or blizzard, urban renewal or depression.

Anticipated hazardous events fall into two major categories: 1) development critical stages and 2) transition points such as starting school, getting married, and retiring.

It has been suggested that such events can be assigned different priorities along a continum. Normal developmental crisis, which seldom require direct and immediate intervention, might be plamed at the lower end of such a continum; more immediately sever crisis, such as the loss of a job combined with the death of a family member, might be placed

at the upper end.

Vulnerable State:

The term "vulnerable state" refers to the individual's subjective reactions to the hazadous event either at the time of its occurrence or subsequently. In discussing vulnerable states, Lydia Rapoport notes that the initial blow may be perceived in various ways: as a threat either to instinctual needs or to the sense of physical or emotional integrity; as a loss either of a person or of an ability or capacity; or as a challenge. Each of these states has its typical accompanying effect: threat calls forth a high level of anxiety; loss or deprivation is accompanied by depression or mourning; and challenge stimulates moderate anxiety and some hope of a release of energy for problem solving.

Some corroboration of these alignments was obtained in the author's research project mentioned earlier: perception of the hazardous event as a loss was highly associated with feelings of depression, and perception of the hazardous event as a threat to integrity was significantly related to anxiety. Perception of the hazardous event as a threat to instinctual needs, however, called forth feelings of depression and anxiety, almost equally, which seems to imply that a more complex assault is implicit in such an event. Though a crisis presents a problem in the current life situation of the client, it is indeed often linked with unresolved

conflicts. The nature of the original conflict may well determine the individual's emotional reaction to the current situation.

Whereas any diagnostic formulation about underlying personality structure based on data gathered during a first inerview should probably be highly inferential, it is ertainly both relevant and appropriate to find out how the client has attempted to deal with the problems posed by the hazardous event before coming to the agency: it is probably that he has first resorted to habitual problem-solving methods that are part of this customary life style and then, to meet rising tension, tried new emergency measures.

Following is a classification of the ways in which applicants in the author's research project said or implied they had attempted to deal with the effects of the crisis situation within the recent pass:

1- Carried on as usual; made no new effort.
2- Expressed grief in words or action or both (adopted depressive behavior).
3- Expressed anger by words or action or both (adopted aggressive behavior).
4- Escaped reality by words or action or both 9slept excessively; fantasized; became psychotic; used alcohol or drugs).
5- Developed neurotic symptoms (sdopted phobic behavior, compulsive, rituals, hysteric manifestations).
6- Engaged in reality oriented

efforts to deal with the situation (cut down expenses; looked for a job; returned to the parental home).

8- Mobilized energies for new, growth-producing activities (started training for a new career; innovated basic changes in the home).

Caplan has pointed out that when he usual homeostatic, direct problem- solving mechanisms do not work and the problem is such that other methods that might be used to sidestep it cannot be used, the individual's tension rises and the process leading toward diseequilibrium becomes acclerated. Some individuals, tension rises and the process leading toward diseequilibrium becomes accelerated. Some individuals, however, although indications that crisis situations have occurred in the past, show few signs of disequilibrium and display instead the after effects of maladaptive efforts to deal with the problems posed. Therefore, it is important at in take to secure some knowledge not only of the nature and extent of the problem - solving methods used previously but also of the degree to which such efforts have been adaptive or maladaptive.

Precipitating factor:

The precipitating factor in a crisis situation is the final link in the chain of stress-provoking events that converts a vulnerable state into a state of disequilibrium. It is the "straw that breaks the

camel's back". Accordingly, it is useful in any intake interview to find out what actually prompted the request for help at the particular time at which it was made, even though the true precipitating event is sometimes not directly linked to referral to the agency and therefore not immediately identifiable.

Theoretically, the precipitant can be internal pressure building up within the individual to a point of unbearable tension. Frequently, however, it is a relatively minor incident. Information about such an incident may be vital both for determining whether the applicant is actually experiencing a crisis and for evaluating his motivation. The precipitating factor is frequently the appropriate "handly" by which to pick up intervention.

State of Active Crisis:

The term "state of active crisis" applies to the stage of disequilibrium when tension and anxiety have resen to a peak and the individual's built-in homeostatic devices no longer operate. It is the key element in crisis theory and the criterion for determining whether crisis intervention is the appropriate approach.

Determining whether or not an individual is in a state of active crisis calls for an appraisal of his current state of dysfunctioning, both as subjectively determined by the worker on the basis of personal observation and collateral information. Such an appraisal should take into account the four

primary areas of reaction: affective, perceptive- cognitive, behavioral, and biophsiol- ogical. It should include an examination of the individual's dysfunctioning in terms of his vital social roles in his family, in his job, and in social and institutional networks and the reciprocal reactions of other. It should also include a judgment about the intensity and extent of the individual's discomfort and anxiety. And closely tied to such and assessment is an estimate of the seriousness of the person's condition in terms of possible danger to himself or others. A suicidal-homicidal potential is often held to be the prime dterminant in deciding what action potential is often held to be the prime determinant in deciding what action should be taken immediately does not necessarily imply that acrisis situation exists.

Another key factor in such an evaluation is information about how long the applicant has been in a state of active crisis. Since, according to Caplan, this stage is predictable and time-limited, usually lasting up to sox weeks, such date could disclose whether the individual is still in a fluid state, during which limited internation can produce dramatic and significant results, or has already settled into a new state of equilibrium, pathological or antisocial or limiting though it may be.

When to use crisis intervention:

It is a far cry from identifying the elements of a crisis situation to

utilize such elements appropriately in the case work process. Howard Parad suggests that crisis intervention may be most validly applicable for the very strong or the very weak, for those requiring only short periods of help and for those not motivated for continuing service.

Robert Porter points out that the clients more responsive to crisis intervention are usually those for whom the onset of the psychosocial problem is clear-cut; whose prior level of adjustment was stable; for whom the crisis was generated out of a reciprocal role relationship; and who have some knowledge both of the social or behavioral difficulty for which they seek help and of the precipitating stress, even though they may not connect the two. He suggests that investigation of the crisis situation, since examination of current social role relationships and environmental influences usually yields sufficient data.

Often the focus of the applicant's requests generally fall into the following categories: 1) exploring the nature of the problem; 2) clarifying or changing the behavior, thoughts or feelings of himself or a significant other; 3) clarifying or changing the interaction btween himself and a significant other; 4) handling the consequences and after refflects of earlier actions and interactions; 5) minimizing current discomfort; and 6) reducing enviornmental pressures. Findings in the author's research study showed that four out of five applicants were

primarily interested either in minimising discomfort or handling after effects of action and interaction. At the point of intake, regardless of the nature of the problem, they were asking either for symptom relief or for reduction of external pressures. This finding subsatandtiates Rapoport's contention that while not many people may be motivated to change their ways of behaving and feeling, all people in distress are motivated to obtain relief from suffering. This fact, she believes, is the proper starting point with people in crisis.

Using the Crisis Model:

Once the elements of a crisis have been identified and the appropriateness of crisis intervention has been determined, more is still required of the intake worker. The first phase - the diagnostic phase - has been discussed. To avoid presenting only a partial picture, a model for full intake interview is presented also. It is by no means intended as a formula. It is hoped that it will provide useful guidelines that can be applied flexibly and selectively by different workers in different settings - and that it will in some measure answer the question, "It's a good idea, but what can you do with it?".

X. Interpersonal Conflict:

There are two ways in which interpersonal conflict may arise: 1) when people interacting have conflicting needs, desires and expectations and do not make them know. When that happens, the areas of conflict cannot be

clearly seen; 2) When an individual has mixed (and conflicting) needs, desires and expectations (of which she/he may or may not be aware). The individual may be cmmunicating the mixture and thus giving mixed messages, or may be communicating only one part of the mixture .

1- Limit Setting: When you need to communicate to the caller that you are unable, (or unwilling), to give the caller something that she/he is asking you for. (i.e. talk to them when they are drunk, to listen to them while they masturbate, to give them food or money, etc...).

2- To Move the Process Along: When you need to let the caller know that you are somehow "stuck" or "bogged down" in the process of the call. (i.e. caller won't move beyond "step I" of the crisis intervention model, caller won't accept a focus, caller will not generate alternatives, etc...)

3- Awareness Enhancement: When you are aware of something that the caller is not and that you feel that they should know, that is, something that is affecting their behavior. (i.e. caller's voice rises every time you mention his mother, each time you ask what caller thinks, she tells you what

others think, etc...). In HELPLINE training, we will focus primarily on the first two of these uses.

X1. FEEDBACK:

Feedback is the process by which we come to know more about the part of ourselves which is known to others but not to ourselves.

Definition:

Feedback is simply a communication to a person or a group which gives that person (or group) information about how he (it) affects others. The purpose of feedback is to help us to be sensitive to our actions and the reactions they cause in others - a help that can enable us to consider changing our behavior.

Categories: Feedback may emerge in a number of ways:

* Conscious: nodding assent or unconscious: nodding asleep
* Spontaneous: "thanks a lot" or solicited: "Yes, it did help"
* Verbal: "No" or nonverbal: leaving the room
* Formal: employee evaluation or informal: hand-clapping.

Effects: Feedback can have the following effects:

* Reinforces: Feedback may confirm behavior by encouraging its repetition. "You really helped then when you clarified."
* Corrects: Feedback may help bring behavior in line with intention. "I'm not sure I understand how you are feeling?"

* Identifies: Feedback may help identify persons and their relationship. "As I understand it, over time your feelings for him have changed"

CRITERIA: Some useful criteria for feedback are:

* Descriptive: It is descriptive rather than evaluative. By describing one's own reaction, it leaves the individual free to use it or not as she/he sees fit. By avoiding evaluative language, it reduces the need for the individual to react defensively.
* Specific: It is specific rather than general. To be told that one is "dominating" will probably not be as useful as to be told that "just now when we were designing the issue you did not listen to what others said and felt forced to accept your arguments or face attack from you".
* Appropriate: It takes into account the needs of both the receiver and giver of feedback. Feedback can be destructive when it serves only our own needs and fails to consider the needs of the person on the receiving end.
* Useable: It is directed toward behavior which the receiver can do somthing about. Frustration is only increased when a person is reminded of some shortcoming over which she/he has no control.
* Timely: It is well-timed. In

general, feedback is most useful at the earliest opportunity after the given behavior (depending, of course, on the person's readiness to hear it, support available from others, etc.)

* Clear: It is checked to insure clear communication. One way of doing this is to have the receiver try to rephrase the feedback he has received to see if it corresponds to what the sender has in mind. The caller will be better able to understand if the feedback is direct and concise.

* Accurate: When feedback is given in a training group, both given and receiver have opprtunity to check with others in the group the accuracy of the feedback. Is this one person's impression or an impression shared by others? Obviously, group reaction is something that would be unavailable to the telephone counselor. While on the phone one may be able to ask: "Does this have meaning for you?" "What are your thoughts/ feelings about what I've just shared?" "Do you think I'm off base here?"

Standards: Some appropriate standards for giving three - part feedback are:

OBSERVATION:

* Speak to data (what you specifically hear happen in the call).
* give feedback as near the actions as possible.

Why that's a problem: State policy, share insight, etc ...

So ... (THE POINT):

* what made you bother bringing this up?
* a direction statement about what's going to happen.

XII. SABOTEURS OF CHANGE:

A tremendous source of frustration for all helpers is when they can clearly see how a client could change, but the client won't change. Most of the time, this is not pure stubbornness. The client feels "stuck with" his/her behavior, even though that may be causing great pain. It is important for counselors to keep this in mind when feeling frustrated with a stuck client. It is likely that the source of their "stuckness" is out of their awareness (unconscious). Keeping this in mind helps keep the counselor from becoming hostile toward the client and punishing them for their illness. This resistance to change can have one of the following sources:

1. Secondary Gain:

The person enjoys the advantages of his/her current status and patterns, and fears giving up the "goodies" she/he receives as a result of the affliction. These include:

a. sympathy.
b. exemption from responsibilities.
c. allowances for bizarre behavior.
d. allowances for self-indulgence and inconsiderateness.

2. Neurotic Equilibrium:

The person anticipaters new disadvantages which would accompany new patterns of behavior.

a. General- a fear of the unknown. People often find a chronic hurting less uncomfortable than the anxiety of uncertainty.

b. Specific - a fear of disruption of some interpersonal pattern. Often, a person's self-defeating style is gratifying to significant others. Hence, an overly dependent man may fear he would lose his wife's love if he reduced her opportunities to klunrture him, or a scapegoated child fears his parents will not notice him if he fails to continue his bad behvior.

3. Punishing Conscience/ Guilt:

For some, any change for the better is viewed with suspicion and fear these people feel they "don't deserve" good things or happy feelings, and they always anticipate price tags or punishment for enjoying themselves.

4- Unpleasant Content:

The person knows, consciouly or unconsciouly, that the attempt to change will necessitate facing embarrassing, frightening or depressing feelings or events.

5. Resistance to Being Helped:

a. General: Role aversion. The person does not like to think

of him/herself in the role of the helpee, often for fear of appearing "weak" to self or others.

b. Specific: Transferred feeling. The person cannot accept help from this particular counselor because she/he perceives similarities between the counselor and some other person from whom the client could not easily accept help. e.g. the counselor sounds like the client's wife or daughter, and since he could not let his family members help, he cannot let this counselor who is "just like" one of them help, either.

XIII. FREQUENT CALLERS:

Frequent callers are a problem for most telephone counseling services. These are the callers who call repeatedly, often for months or even years, calling as frequently as weekly, daily or even several times a day. Not only do they call frequently, but they rarely present a specific problem with which they wish to deal, and tend to repeat and nauseam the same stories which, while they may be genuinely pathetic, and tend to elicit less and less compassion at each retelling.

Such callers present problems for telephone services in a number of way. Firstly, they may simply tie up the phone. Frequently, these callers will remain on the line for hours at a time if permitted. Secondry, such callers certainly contribute to "burn-outs" in counselors or, more accurately,

counselor inability to deal with such callers contributes to their burn-out. Counselors become bored, frustrated, angry at frequent callers and on realizing that 50% or more of their time if devoted to such callers may feel that their energy could be better used elsewhere. Thirdly, and this might be better termed an effect than a problem-high rate of frequent calls may lead an agency to seriously question the aims of its service.

Let us look for a moment at the response of the individual counselor. Initially, when the counselor first begins working on the phones, the response will be sympathetic. He or she will be touched by the miseries expressed by the caller, and will have high motivation to try and help in some way. Some will feel challenged by the lack of "success" of other counselors with this caller, and will spend many hours with the client in the hope that they will be the one to make the breakthrough. Sooner or later this sympathy usually changes to boredome, frustration and even anger. What is happening is that the counselor's own needs are not being met. He or she probably became a conselor in order to "help people". Helping people makes the counselor feel good, feel competent, feel that he or she is doing something wronghwhile. The needs to feel that way are not met by most frequent callers. They rarely call in crisis, rarely have a specific problem that the counselor can deal with. More importantly, they are rarely willing to try and

resolve their problems.

The counselor will need to constantly repeat the question "What is upsetting you today, what made you call now?", will constantly need to point out that the caller is discussing issues which do not relate to the current problem, assuming there is one. If there is not a current problem with which the caller is willing to deal, then the counselor should make it clear that the call will be time limited, that the counselor is not willing to "just chat". In my experience, discussion of why the counselor will not just chat, or why he is not willing to deal with the state of the world, the caller's childhood or other irrelevant issues, does not go anywhere. It is simply an invitation to avoid dealing with current issues.

If the caller strongly resists such redirection, the counselor should then state clearly, "I do not think we are doing anything constructive and I am going to hang up now". And do so. Such limit-setting may lead to anger from the caller and accusations that "you don't care" or "you're not as helpful as the other counselors" again, these are invitations to deal with issues other than the current problem and are best dealt with by a clear but firm reiteration of what the counselor is willing to do and that he does not wish to discuss those issues. Such response may lead to the caller hanging up. The counselor will need to be prepared for this and not feel guilty or

incompetent. It simply means that the caller recognizes that the counselor will not go along with the games he or she is trying to set up and chooses to end the call rather than to follow the guidelines the counselor has proposed.

XIV. HOW TO RECOGNIZE A FREQUENT CALLER:

1- General case in talking. often very quick to get rolling. Someone who has not called before will usually be somewhat uncomfortable with the process and unsure of how to began.
2- No response or inappropriate response to active listening. No response or inappropriate response to referrals. Almost as if the counselor's responses were irrelevant to the purpose of the call.
3- Reluctance to problem, solve or move into generating alternatives. No interest in constructive solutions.
4- Asking many questions about the counselor.
5- Mild abusiveness when frustrated. Lack of fespect for the counselor and challenging the counselor for control of the direction of the call.
6- Familiarity with limit-setting or attempts at termination, as if this was expected.
7- Overwhelming array of long-term problems without a specific precipitator. Nothing to indicate that there is any special reason why the call was placed today. It would be surprising

if this was the first time the person had sought help.

Note: it is probably not a good idea to say, "Is this Joe Fequent?" when you recognize a frequent caller. If you suspect a caller is a frequent caller, say, "Would you tell me your first name?". The problem is that if we say a name without being sure, the caller can rightfully get us on a breach or confidentiality. If we had been wrong, we just announced to someone that Joe is a frequent Helpline caller.

Anyway, it usually freaks them out, raises paranoia and gets the counselor attacked.

Remember: if the call is going nowhere and the profile fits one of our problematic callers, you can always act on that information whithout confirming that it is a particular person.

XV. IDENTIFYING THE MASTURBATING CALLER:

1. The obvious Masturbator Call:

In this call the caller's agenda becomes clear very early. Some typical opening lines are;

"I bet you can't guess what I'm doing"

"I'm horny"

"Guess how big my cock is"

"I'm whacking my wong".

The caller may go on to ask the counselor to describe herself, or what she is wearing; to compliment her on her voice; to tell her specific sexual thing he would like to do to her; or to ask

her if she is shocked or horrified by what he is doing. This type of caller makes little attempt to conceal his heavy breathing and responds to indications that she is going to hang up with please for her to talk to him: "Don't hang up" "Talk to me" etc. Through he make little, if any, attempt to hide his agenda and indeed may flaunt the nature of the call in an assaultive way which seems designed to elicit shock and offense.

2. The veiled Call:

These calls are much harder to recognize , in that the caller presents himself as needing help with a sex-related problem. He sounds hesitant and nervous, even pathetic; does not say that he is masturbating and may deny it if asked, keeps his breathing as normal as possible general, presents as a caller sincerely wanting counseling. Sometimes, the counselor does not realize that the caller is masturbating and responds as she would to a geunine counselling call and may only be clued in by his sudden ending, or by hearing from other counselors that he has called numerous times before. There are, however, some characteristics that can help a counselor recognize what she is dealing with.

* dwelling on explicit sexual detail, unelicited by the counselor and unnecessary to the discussion of the "problem" "and you know what, what we did then, we...."
* recounting of sexual stories

(presented as part of the problem, but again unnecessarily detailed), with a fantastic or bizarre quality, "This neighbor asked me to fix her washing machine and while I was doing that she walked into the kitchen nude" "I had sex with this woman at work and she told her friend and now they both are threatening to say I attacked them unless I have sex with both of them at the same time" "I had sex with my dog and I'm worried that she'll get pregnant".

* obsessively dwelling on a theme, often with repetition of the same phrase, "I've sleeping with my landlady who is much older than me. I feel guilty, do you think it's wrong?" Yes, but I feel guilty. Do you think it's wrong".
* an increasing sense of urgency and desperation as the call progresses together with increased demands for explicit sexual discussion or increased manipulations to the same end.

XVIII. ASSESSMENT OF LETHALITY:

This is an essential skill for anyone counseling sucidal people. It is a relatively simple procedure which enables the counselor to judge, as accurately as possible, how likely a given individual is to attemp suicide in the immediate future. Such an asessment: 1) provides a basis for planning intervention; 2) aids in

discriminating between potentially lethal suicidal persons and self-mutilators or "non-serious" suicide attempters; and 3) helps the counselor deal with his/her own anxiety by giving him/her a clearer idea what she/he is dealing with.

Procedure:

Various criteria may be helpful in making an assessment of lethality, including age, sex, marital status, physical illness, recent loss or threat of loss, depression, unexplained changes in behavior and isolation. However, the criteria which have proved to be the most reliable predictors of imminent suicide attempts are:

1. Suicide history.
2. Suicidal plan.
3. Resources.
4. Communication.

The counselor should obtain information on these areas as follows:

1. Suicidal History:

Any previous attempts? How many? When? Lethality of method used? Response of significant other (s)? or helping persons?

Lethality increases with the number and severity of previous attempts.

2. Suicidal Plan:

Does client have a plan? How specific is it? How lethal is the method chosen? Are the means (i.e. pills, weapon, etc...) available? Accessible?

3. RESOURCES:

Internal, what are the

client's strengths? flexibility? ability and willingness to consider alternatives?

External, What material or human resources (family, friends, professional helpers), does the client have available?

4. COMMUNICATION:

To what extent does the client feel able to communicate with human resources? To ask for help? To what extent does client feel cared about by them?

1- Client with no history of previous attempts; no specific plan - "I thought about may be taking some pills". ...but does not know what pills; has a brother in the city and seems willing to call him and ask to stay at his home for a while. Assessment: LOWLETHAL.

2- Client has made three previous attempts - two O.D.'s, 15 aspirin and then 10 barbiturates, and, a month ago, ran into a lamp post; plans to shoot self tonight, has hun and ammunition and knows how to use hun; insists he has no alternatives - "Things will never get better", only resource is father who lives in California; lives in downtown rooming house, has little contact with other residents; is unemployed, spends most of his time watching T.V. assessment: HIGHLY LEATHAL.

XX. THIRD PARTY SUICIDE CALLS:

When someone call HELPLINE about a person who they are afraid is planning to commit suicide, your response will very depending on the situation. First, it is important to remember that research has shown that if a third party is sufficiently concerned about the suicidal persson to call a hotline, this generally indicates that the client is fairly lethal. Because of this, it is important to respond in a through manner to these calls.

Begin by trying to make a lethality assessment through the caller. If the suicidal person has a therapist, I would tell the caller to contact the therapist. (Of course, if it is an OPC therapist, you should contact the, On Call Clinician). Generally, I would educate the callers about lethality assessment, and coach them on how to talk to a suicidal pers (empathize, be supportive, etc..). I would try to get them to call the suicidal person back, with the goal of getting the suicidal person to go to a treatment facility, such as OPC, UNCH, or Student Health; if they refuse this, to call HELPLINE. I generally explain to the caller why it is better if the person calls us than if we call them. (They haven't asked for our help, it's an invasion of their privacy, they'll be more motivated, etc...). I then make a firm contract with the caller to call HELPLINE back if they don't have any luck with getting the suicidal person to accept one of

these options. (this alleviates the caller's sense of responsibility, and helps them feel more confident). As with all third party calls, remember that your caller is also having strong feeling, and may need some active listening themselves.

If the caller is "too freaked out" to call the person back, or is simply unwilling to do so, we or the On-Call Clinician (OCC) can call the suicidal person. Get permission from the caller to use their name when calling the person. (If they are unwilling to allow you to use their name, even after you explain why this is necessary, I would be highly suspicious of the call). If you feel at all uncomfortable about calling the suicidal person, ask the OCC for help.

If you do decide to call the suicidal person, I would start by saying something like this: "I'm Marilyn at HELPLINE. John Doe called us and was concerned about you; that you might be thinking of killing yourself. I'd very much like to talk with you about that if you'd like to". The suicidal person is likely to be shocked, or perhaps even angry. I've found that a supportive, calm, and almost matter of fact, non-defensive manner works best. I might say something like, "I've talked to a lot of people who've felt the way you do, and I wanted also start active listening, and invite the person to talk by saying, "Things must be going really badly for you if you're thinking about killing yourself. Can you tell me what's been happening in your life that's

gotten you to this point?" If the person continues to object, or refuses help- don't push - but simply restate the offer of help, and end the call politely. If you have reason to believe that the person is likely to make an attempt in the near future, you must call the OCC, and consult about what further action should be taken.

Obviously, if the person is willing to talk with you, then you simply proceed as you would with any other suicide call.

If any time you are unsure about how to proceed with a call of this nature, you should call the On-Call Clinician.

ON-CALL CLINICIANS (OCC):

On-Call Clinicians are members of the clinical staff of the mental health center. Primarily social workers and substance abuse counselors, they take turns providing clinical back-up to HELPLINE volunteers when the mental health centers are closed. They are paid to be on call, so do not hesitate to contact them when you need to. There are two OCCC shifts each week:

Monday 5:00 pm-Friday 8.00 am.
Friday 5.00 pm-Monday 8.00 am.

When the clinics are closed, contact the OCC listed on the blackboard. *Call their home number first*. If there is no response, try the beeper (there is a different beeper procedure depending on where the particular on-call is a *different* on-call clinician lives). The on-call clinician should call you back

within ten minutes.

If you cannot reach the OCC listed on the blackboard, look up the OCC schedule in the mental health manual, and call the clinician who as last on-call. If still unsuccessful, call up the list unit you reach somenone. Explain to them why you're calling, and ask if they would be willing to help you. If you ever have trouble reaching the OCC, please drop a note in the HELPLINE director's mailbox. (Include the names and times of who you attemtped to call or page).

When to Contact the On-Call Clinician

The clinicians are available to you for consultation, information, support and some other purposses listed below. If you are unsure whether it is appropriate to contact the OCC in a given situation, do so rather than not.

You Must Contact the On-Call Clinicial:

1- When a caller is threatening violence to others.
2- When you have a situation which you think may warrant breaking a caller's confidentiality, (e.g., a life-threatening situation; a caller tells you she/he has committed or is about to commit a serious crime; a police officer calls wanting information about a caller.
3- When a caller asks to speak immediately with a mental health professional and is unwilling to talk further with you.

4- When an OPC client asks to speak with his/her therapist. Some therapists have given HELPLINE specific instructions about this check the particular client's OPC card, Client Notification Form, and/or Crisis Alert.

5- When a suicidal caller is unresponsive to your counseling (i.e., the threat is undiminished and you feel unable to make any impact - you can do this even after the caller has hung up-it may be that the clinician knows the caller and can do something about it).

6- When a caller wishes to commit another person involuntarily to a psychiatric hospital.

7- When a caller wants to be hospitalized for psychiatric treatment.

8- When a client calls with a problem about his/her psychiatric medications.

9- When hospital staff wants to speak to a clinician.

You are Strongly Urged to Contact the On-call Clinician:

1- When you feel unable to handle any call, for whatever reason, and need help in figuring out what to do; or would like the clinician to talk with the caller.

2- If you have identifying information about a child abuse, elder abuse, or invailed abuse situation but feel uncomfortable with making the report, you can

ask the clinician to make the report to DSS for you. (Either way, the report MUST be made it's the law).

3- When a call has left you feeling upset, distressed, angry, etc..., and you need some immediate debriefing, support or feedback.

WAHT TO TELL THE ON-CALL CLINICIAN

It will facilitate you getting what you need if you tell the clinician:

1- Your name and that you are currently on duty at HELPLINE.

2- What you need (e.g., "I have been talking with a suicidal man for an hour and he is still commutted to killing himself. He was still to hold while I talked to you, but he won't give me his number for you to call him. I need some help figuring what to do".

3- A brief description of the client and his/her state (e.g. "He is a 46 year old, truck driver, and lives alone in a rented room in Pittsbor. He sounds very depressed, no emotion in his voice, responds mostly with word or two, and says, I don't know "a lot". Or, a brief description of your need for support.

4- A brief summary of the presenting problem (e.g., "He has been thinking of crashing his car all day. He feels very lonely, has no

friends, and sees no point in living. He called his sister in Raleigh this morning, and she told him to leave her alone and hung up").

5- Any significant background (e.g., "He was divorced a year ago and has been living alone ever since. His job means he travels a lot, so he has few oportunities to make friends or get involved in leisure activities. He took an overdose of aspirin about five years ago, when he found out his wife was having an affair, and was in the hospital for a week. His only relative is his sister in Raleigh").

6- What difficulties you are having with the call (e.g., "He feels so hopeless and refuses to consider any option. Like changing his job - he says he can't do any other work. He has no supportive people in his life. When I asked him what made him decide to call, he said he'd nothing to lose by it, but did't really expect much either. I am feeling really stuck. He has closed off everything I tried, and have no idea what else to do. I'm starting to feel his situation really is hopeless").

Finally:

1- An OCC may call and ask to be put into Voice Mail - or they may ask to listen to the OCC messages. Here's what to do: Press the "Transfer" button. Press "74", Hang up.

2- Never promise that the clinician will call someone. Tell the caller that you will contact an On-Call Clinician, and "someone will call you back".
3- You may wake the clinician up-be patient if it takes him/her a minute or two to get alert and be responsive.
4- The clinicians are trained professionals, and they are also human. They are not magician, but they are skilled, concerned, and friendly. They are there to back you up professionally, and in a human, supportive way. Use them. If you ever feel inappropriately treated by an OCC, or that your legitimate concerns were dismissed in a cavalier manner, please drop a note about the interaction in the HELPLINE Dierctor's box.

XXIV. HOMICIDE LETHALITY ASSESSMENT

History:

History of assault or previous murder. Does this person tend to direct aggression outward and to be relatively uncontrolled, expressing aggression in socially unacceptable and violent ways? Frequency and severity of previous assaults? Similarity of previous circumstances of to currrent situation.

Intent:

Threats to kill, particularly directed at one person. Plan. How Specific? Means. Are threatened means available? Stressful

Circumstances. Have there been recent events or are there current circumstances likely to create stress and increase the likelihood of violent attempts to cope? Example: loss of loved ones, jobs, etc. Frustration - in intimate relationship, job seeking, failure at important tasks, sexual failure, threat to self-image (particularly to "manhood", scorn or criticism by spouse or boss, unwelcome homesexual approaches.

Victim precipitation:

Is the potential victim behaving in ways likely to provoke an individual to violence?

Resources:

External: Does individual have a personal support system? Material resources?

Internal: To what extent is person self-aware, able to recognize and acknowledge the risk that she/he may kill, willing and able to participate in situation management and exploration of alternative ways of coping?

Behavioral changes in the immediate past:

Mood shifts, emotional lability, particularly the development of an emotional crescendo, indicated by agitation and energy build-up, motor restlessness, sleeping and eating disturbance, muttering, sobbing and X raying spell, states of plans, ways of thinking and talking. Pessimism and self-critical brooding.

Increase in alcohol or drug use; alcohol and stimulants such as

amphetanines are particularly associated with drug use.

Physical problems: Recurring or increased genuine medical problems. Somatization of emotions, e.g. upset stomach, nausea, fainting.

Help seeking: Direct requests for help, or expressions of fears that she/he may kill, "do something terrible". As with suicide, all such expressions should be taken seriuosly (i.e. attended to, explored carefully) until it is clear that the risk is not serious.

Psychiatric Disorders: Is this person diagnosable, or has she/he been previously diagnosed in a psychiatric category associated with homicide, e.g. paranoed schizophrenia, hysteria with dissociation/ fugue states, psychopathic personality?

NOTE:

Data on these various areas should be used in combination to build up a picture of an individual from which as assessment can be made. The existence of one or more of these factors may commonly be observed in people who are not homicidal risks. Similarly, the absence of one or more of these factors does not necessarily mean that the homicidal risk can be discounted.

A special example: absence of history of assault or other violent behavior, with clear presence of numerous other factors could mean that the person is an

example of overcontrolled aggression, and that homicidal risk may be high. The annals of murder contain numerous cases of the meek, mild-mannered, compulsively poor conscientious person who suddenly exploded into catastrophic violence.

XXVI. CYCLES OF VIOLENCE:

If battering occurs more than twice in a relationship, a three phase cycle appears to be established:

Phase One: Tension Building Phase:

* minor incidents occur, woman can sense man's edginess.
* Woman tries to calm man, using whatever she thinks might work.
* Woman denies feeling angry; denies terror; both increase.
* She feels there isn't much she can do.
* He knows his behavior is wrong and fears she'll leave him.
* He becomes more jealous and possessive.
* Minor incidents increase.
* Tension becomes unbearable.
* Sometimes a woman knows phase two must come and provokes an attack in order to get it over with.

Phase Two: Tension Dicharge Phase:

* Discharge of tension built up in phase One.
* He tries to justify his

behavior with something she did.

* Briefer than other phases: 2-24 hours.
* Men don't remember much; women do, in detalil.
* He seems to know how to prolong the battering without killing her.
* It is not uncommon for a man to wake a woman up and beat her.
* Anticipation causes severe psychological stress for women; can't eat or overeats, can't sleep, constant fatigue, headaches, etc.
* Woman tend to remain isolated for several days, listless, depressed helpless.

Phase Three: Kindness and Contrite Loving Behavior:

* This stage welcomed by both.
* He knows he went to far and tries to make it up to her.
* Period of unusual calm.
* He is sincere and believes he can control himself.
* She wants to believe him.
* She ends up feeling responsible for him as well as for her own victimization.
* This can be very idealized stage, little girl loved by hushand or lover.
* She sees how wonderful he can be.
* Traditional notion that "love conquers all" Prevails.
* He reminds her of how much he needs her.
* Each is dependent on the other, bonding occurs.

* He is charming and manipulative.

Generally, the longer the abuse has been going on, the more frequently the abuse occurs and the more severe the injuries.

XXVII. TYPES OF MENTAL ILLNESS

1- Generalized: (Fell symptoms most all the time)
2- Panic Disorder: (Feel symptoms during attacks which come "out of the blue" and last between a few minutes to an hour or so). Panic disorder can lead to agoraphobia.
3- Phobia: (Feel symptoms only when confronted with particular stimulus. e.g. snakes, heights).

Symptoms of Both Types:

Autonomic nervous system arousal - Heart races, pulse increases, respiration increases, sweating, clammy hands, dry mouth, dizziness, tingling in extremities, upset stomach.

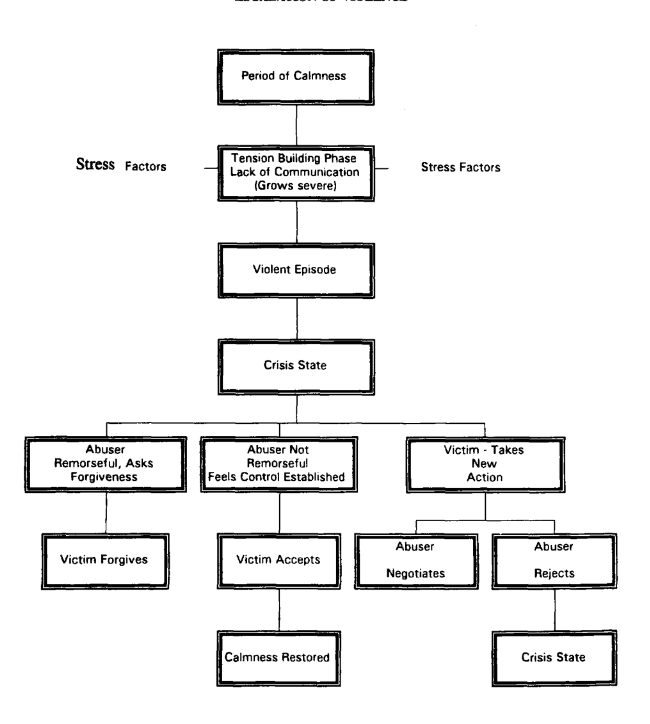
Motor tension- Jittery, trembling, can't relax, muscle tension,feel restless.

Vigilance and scanning - hyperattentive, feel on edge, difficulty concentrating, irritable, impatient.

Other Symptoms of Panic Disorder:

Fear of dying, going crazy or doing something uncontrollable during the attack, sense of impending doom, feelings of unreality, feel that this is distorted or not real.

ESCALATION OF VIOLENCE



Medications:

Valium, librium, xanax, equanil, serax, tranxene, vistaril.

How to Help:

Panic Disorder: Reassurance regarding normality of sysmptoms, reassurance that not dying or going crazy, active listen, soothing voice, reminding them that the attack will end, always has in past, problem solve, let them know you'll be with them while they're having these awful feelings, can let them know that what they're experiencing is fairly common (telling them to relax is hopeless!).

Generalized: Follow model, be soothing, relaxation exercises might help.

Empathize Phobia: Avoid stimulus until they can get treatment (systematic desensitization generally helps).

Major depression (aka unipolar affective disorder)

Symptoms:

Decreased interest in favored activities, decreased ability to concentrate, decreased energy, decreased sex drive, increased feelings of worthlessness, feelings of hopelessness, sadness, feel, "down in the dumps", Increase or decrease in appetite, increase or decrease in sleep.

Medications:

Elavil (amitriptyline), norpramin (desipramine), sinequan (dowepin), triavil, nardil, tofranil (imipramine), aventyl, prozac,

zoliff (these medications take two weeks or so to take effect after first pescribed).

How to Help:

Follow model emphasizing step six, plan of action don't expect them not to be depressed at end of call, encourage then to do nice things for themselves (nuture themselves).

Manic Depression (aka bipolar affective disorder)

Symptoms:

In depressed phase have same symptoms as major depression. In manic phase: increased energy and talkativeness, flight of ideas, may have grandiose delusions, decrease in sleep, increased irritabiltiy, feel expansive "high", may talk about zillions of plans and schemes, pressured speech - difficult to interrupt.

Medications:

Lithium: (extremely important to take lithium exactly as prescribed, can't take extra or skip a does).

How to Help:

Don't active listen if they're psychotic (i.e. having hallucination or delusious), focus on precipitating event and help them to problem solve, be soothing and reassuring. Ask if they've taken medication as directed. Don't be afraid to interrupt manic talking spree, come up with plan for feeling better today. (Unlikely that mania will diminish much during call).

SCHIZOPHRENIA

Symtoms:

Hallucinations (seeing or hearing things), delusions, beliefs that aren't based on reality; generally persecutory or grandiose in nature), disordered thinking process (loose associations, poverty of content, more concerned about the sound of the words than their meanings), Blunted or inappropriate effect.

Medications:

Thorazine, Mellaril, stelazine, proloxin (usually injection every 2 weeks, haldol, navane.

How to Help:

Don't active listen, focus on precipitator, problem solve, may have to be more directive than usual, be soothing and reassuring, don't with hallucinations or delusions (try to ignore these), ask if they've taken medication, come up with plan for feeling better today.

Personality Disorders

This category encompasses several different types of disorders, but they have common features and are dealt with similarly in crisis intervention. People with these disorders may also have any of the disorders already mentioned superimposed on their personality disorder.

"Personality traits are enduring patterns of perceiving, relating to and thinking about the environment and oneself, and are exhibited in a wide range of important social and personal context"

(Everyone has personality traits). It is only when these traits become inflexible and maladaptive and cause either significant impairment kin social or occupational functioning or subjective distress that they constitute personality disorders".

Symptoms:

Enduring patterns of behavior which seem not to be in the person's best interests and cause significant problems in their life, particularly in their relationship with other. These clients tend to view their problems as being the fault of the rest of the world rather than of themselves. They take little responsibility for their own problems, often see themselves as being victimized by a cruel world, and feel entitled to have the world change to make them feel better (all plastic rather than autoplastic). These clients tend to have huge amounts or problems that appear to be lifelong. (You as counselor, can often see how they have contributed to their own misery but they cannot). These clients are often quite difficult to deal with, they can be self-center, hostile and manipulative.

Identified types of disorder, or cluster of traits are:

* Paranoid - (suspicious).
* Narcissistic - (self - absorbed).
* Histrionic (overly emotional)
* Anti-social (psychopathic - exploitative)
* Dependent (passive and subordinate).
* Compulsive (Preoccupation

with rules, order).

* Avoidant (hipersensitive to rejection).
* Passive-aggressive (sabotage demands).
* Schizoid - (aloof and indifferednt)
* Schizotypal (eccentric and odd).

Borderline Personality Disorder is generally the most severely disabling and is characterized by: Intense anger, impulsivity, chronic boredome and intolerance of being alone, intense and conflictual relationship.

Medications:

None specifically for the personality disorder, may be on anti-anxiety of anti-depressant medications.

How to Help:

Follow model, focus on today's precipitator. If there doesn't appear to be a particular crisis today, but they are complaining about their general dissatisfaction with life, anger at others, etc., refer them to therapy. Do not try to solve their lifelong issues! Let them know that we are a crisis service and that those long-term problems are best dealt with in therapy. In crisis inervention, keep the responsibility for solving the problem on them. Use feedback if they are being difficult to deal with. Don't expect them to necessarly "feel better" at the end of the call, the goal is instead to have a plan of action to deal with their crisis.

Remember that if they are

being frustrating, they are people in pain, who need compassion and even-handed treatment by you. If you become hostile, you merely reinforce their distorted view of the world. They can't completely help being the way they are, therefore, DONT PUNISH THEM FOR THEIR ILLNESS!

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised. American Psychiatric Association, 1980.

XXVIII. THE PSYCHOTIC CALLER:

In a psychotic state, the individual's ability to think, respond emotionally, remember, communicate, interpret to meet the ordinary demands of life in Schizophrenia: (a types of psychosis) the primary characteristic is a disorderd thought process. This disorderd thought process manifests itself in two main ways.

A. Thinking is divorced from reality:

1- Hallucinations: visual images or auditory sounds or voices which have no verifiable evidence (e.g. "I hear voices that tell me to kill myself" or "flowers are growing out of my carpet").
2- Delusions: a belief or set of beliefs which contradict the objective evidence; often these beliefs are paranoid (e.g. "The Hell's Angels are pressuring me to let them use my garage as a meeting place").

B. Thinking is divorced form

emotion:

The caller may exhibit no emotion or inappropriate emotion (e.g. the caller may be laughing while telling you about someone's death). The caller may also make loose associations, talk in "word salads" or make concrete interpretations of abstractions.

INTERVENTION:

All of these psychotic symptoms are ways of dealing with stress. These symptoms can be thought of as a defense against disturbing feelings. So, if thier feelings are increased, the psychotic symptoms will increase also. So:

1- DO NOT active listen or probe for feelings (this would have the effect of increasing the symptoms). Establish rapport and trust in other ways: through soothing voice tone, telling the caller you're concerned and want to help, being reassured.

2- DO NOT deal with the hallucinations or delusions. if you agree or disagree with the caller you may alienate or frighten him or her. Don't put yourself in an adversarial role; the caller needs to feel you are there to help. If you act as though the symptoms are based on reality you may inappropriately reinforce them or the caller may distrust you or become further confuse (since the caller is aware on some level

that what she/he is telling you is bizare).

3- Explore the problem now. Find the precipinating event. Try to determine what stressor is causing the symptoms right now. (Ask what happened today, what's changed recently, etc.) If you're confused by his/her response, be honest about your lack or understanding and gently ask the caller to restate.

4- Focus the call on relieving the stressor. You may have to focus and redirect the call many times. Limit discussion of past events.

5- Problem solve. You may have to be more directive and problem solve for the caller. Work out a plan to reduce or avoid the stressor. You can ask caller what has helped him/her in the past (she/he has felt this way before). You may have to make suggestions like: talking his/her medication, calling his/her therapist, warm bath, milk, T.V., exercise, talking a walk, or something else specific to the caller's situation. If you and the caller cannot work out a plan to make the caller feel better, remember that he on-call clincian and psychiatric resident at memorial hospital are availbale as last resorts. Feel free to consult the on-call clinician any time you are having difficulty with a psychotic caller.

XXIX. TELEPHONE CRISIS INTERVENTION FOR MPD CALLERS:

First, it is important to realize that oftentimes the conselor may be unaware that he/she is speaking with someone who has the diagnosis of Multiple Personality Disorder (MPD). Why? It may be that the caller presents as the "host" or an "alter" and remains that way throughout the entire call. The call may go smoothly and the caller may not mention or give clues about having MPD. Moreover, the caller may be nunware she/he has such a diagnosis nor does the call reveal such issues are present.

Whether or not the caller makes his/her diagnosis known to the counselor, the crisis intervention model- with some twists - works well incrisis calls with people with MPD. Some issues to be a ware of, however, are discussed below.

Language: Using the term "parts" of the client, rather than alters or "others" provides a language that does not conflict with other words that the therapist/client might use - alters, others, selves, etc. You might say "that part of you that you call Mary" (if we have that information), "that scared part", etc. (If someone does not have MPD, referring to "the part of you" will not alienate the caller as most of us recognize that we have different sides to us and our personalities).

Therapist: Refer to the

caller's primary therapist (you may need to ask the caller if she/he has a therapist). Ask what the therapist has encouraged the caller to do in similar situations and what has helped Reinforce that unless it sounds bizarre (which might be due to the caller's perception). If appropriate, use references to the therapist to soo the caller. It may be helpful to talk in a very calm and soothing, yet not patronizing, tone of voice.

Safety: Safety is an important issue for callers with MPD; an issue with which they struggle. This is, in part, due to the severe trauma and absence of safety experienced as a child. There are several typical ways callers, in their work with their therapist, attempt to create ways to "feel safe".

Safe Palace: This may be a place in the caller's imagination. It may be an imagined nature scene with safe boundaries, a room, any type of place that "feels safe" to them. Ask the caller if she/he has a "safe place" - "Is there a safe place you can go to in your mind?" Help the person to use that relaxing space to calm anxieties and fears, They may describe it to you, and you can active listen with the feelings of safety engendered there. They may not want to describe it, but rather just think about it. Respect their privacy.

Safe Object: Many people with MPD have safe objects such as stuffed animals, special articles of clothing, safe chairs, or even objects from their therapists. Some

callers may have audio tapes, made with their therapist, that describes the safe place and helps them "go there" in their mind. Again, ask the caller if they have such objects, don't push, and help the caller to use the object to calm him/herself.

Safe Behaviors List: Callers with MPD, like some callers with other diagnoses, may have list of safe activities that have helped alleviate negative feelings in the past. Help the caller to use that list as you plan what to do after the call.

Feel free to be creative with helping the person generate "safe" activities/thoughts. They need your help to get the ball rolling. If you are having a difficult time thinking up options, try using what works for you.

Active Listening (a caveat): As with all our callers, the counselor must always be aware of how active listening is effecting the caller with MPE. Often active listening to reports of abuse or even current pain may backfire and the client may begin to escalate with his/her fellings. Pay close attention to this. If the caller seems to be escalating, note this, and begin to help the caller focus on problem solving for the current stressor. "What can help things feel beter right now?" Use the safe plave ideas or help the caller genrate a feeling of safety by the other methodes described above.

PROBLEM AREAS:

1. Denial or Diagnosis:

This is a frightening diagnosis to have. To accept the diagnosis means also accepting that one has been badly abused as a child. If the caller is struggling with this issue:

a) Empathize with how scared, angry, unbelieving, etc. The feel about the diagnosis.

b) Reinforce their alliance with their therapist.

c) Normalize the diagnosis. Under the conditions (often quite bizarre) their response an abnormal reaction.

d) Don't try to take the caller into accepting the diagnosis. It may take some time for him/her to come to terms with this reality. So initial resistance is not surprising or abnormal.

2. Denial or Abuse Memories: (often coupled with denial of diagnosis).

a) If they tell you of the abuse, listen empathically.

b) The callers may be asking for someone other than their therapist to believe them. If you sense that, reinforce that you DO believe what they are telling you; that something terrible did happen that shouldn't happen to a child.

c) The caller may be using denial as a defense. Don't "buy into" the denial nor should you try to push through it. Encourage talking with their therapist about their doubts, disbelief. "I'm sure that you and your therapist can sort this out".

3. **Abreaction:** (reliving the abuse memories) over the phone:

a) Telephone abreaction is not a good idea, even with the person's therapist. One goal in therapy is to keep abreaction in the therapeutic hour so that the client can have more control and sense of efficacy.

b) Usually abreaction involves an "alter" sharing the abuse as if it is happening right now.

c) You need to help the caller stop the abreaction. See if "anyone" (a part of them) is with them who can help orient them back to today. There may also be another person available to help with this, e.g. roommate, partner. You can help orient the caller back to today by calming them "that sounds like something horrible that happened a long time ago. Is there any part of you that can help you get away from those feelings?" You can also attempt to do some reality checking: have the person looked around and described the room, weather, etc.

d) Help the caller know that although they are experiencing disturbing memories and feelings, that they don't have to "stay there" right now. "May be you can put that away for a while so that you can get some rest. You can think about that later when you

feel safe and are with your therapist". If you cannot stop the abreaction, try to help the caller feel as safe as possible and call the OCC or the caller's therapist (if the therapist has given HELPLINE permission to contact them directly).

4. **Suicidal/self- Mutilation Thereats or Process:**

a) Self-mutilation: This is an attempt to cope with unpleasant feeling, to punish themselves, to prove to themselves "I am alive", or perhaps to fee some sense of relief/pleasure. It generally is NOT an attempt to commit suicide. However, mistakes can happen and that is why it is important to self-harm.

Determine:

1- Is the act of self-harm completed, currently happening, or being considered.

2- If completed - assess need for medical attention and refer to the hospital, call 911 if necessary. If medical attention isn't needed, the caller may need you to help them cope with the feelings about their behavior. Problem-solve with them how to take care of themselves.

3- If currently occuring - contract with the caller to stop the behavior while on the phone. You may need to give gentle feedback and set limits with them.

4- If planned - caller is

probably hoping to come up with some alternatives to the behavior (even if it doesn't sound like they are). Help the caller generate alternatives. (See "safe behaviors", above).

NOTE: There is no need to try and push a caller into not harming him/her self nor can you, as a hotline counselor, be expected to take away feelings that make someone want to harm themselves. That is the caller's choice. It may be necessary to gently tell the caller that and, if you've done all you know to do, end the call. If you need support or consultation on such a call, call the on-call clinician.

5- Suicide: Who is suicidal? the host or the alters? Assess lethality as you would with other callers. Try to get a "safe" alter out". Is there anyone who can help you out right now?" Is there strong part of you that can help me with this/help keep you safe?" Once you gave a higher functioning part of the caller, you can proceed with problem-solving, contracting much like you would with other callers. If you run into problems or get stuck, consult with the OCC.

6- Should you Get the "hOST" Back?: That depends. The host may not be as functional right now as some of the aters. Try getting "the

part of you that is most able to work with me in this call". At least that will bring out a part of the caller who can help keep the caller safe.

CONCLUSION:

MPD is a scary, overwhelming, difficult diagnosis. This is true for the caller and the hotline counselor. Because of the intense of the intense emotional pain experienced by the person with this diagnosis, persons who are in helping roles often feel helpless, overwhelmed, scared, angry, manipulated, etc. Be aware that you can expect to feel these emotions and plan on how to take care of yourself during and after the call.

More than anything, these callers would like someone to take away the scars and pain they have experienced and must confront. As much as each or us would like to take away our caller's pain, this is impossible. The most that we can do is assist the caller in finding their own ways to cope with their pain, issues, memories, etc. Be careful not to buy into the expectation to "resscue" the caller and remain on the phone past the point of being helpful - doing what you know to do and giving a good effort. If the caller can seem to figure out how to tet past it, you may need to get past it, you may need to end the call. It may be painful for you to hang up knowing that the caller doesn't "feel better". However, if you have done

What you know to do, you

have done all that you can. In being honest with teh caller you are, in fact, being the most helpful.

XXX. ALCOHOLISM; THE FEELING CHART

Johnson Institute.

Pain Normal

Euphoria

A. DISEASE: Chemical dependency (alcoholism and/or drug addiction) is a disease. A disease has its own symptoms and is describable.

1- Primary Disease: It is not a secondary symptoms of something else.

2- Progressive disease: It gets progressively worse. The victim becomes physically, spiritually, emotionally and psychologically ill.

3- **Chronic Disease: There is no cure. Recovery from the disease must be based on abstinence from mood-altering chemicals.**

4- Fatal Disease: The disease can only be arrested. If it is not arrested, the person will die from it.

Progression of the Disease:

B. Phase 1: Learning the mood swing (autonomic learning)

paing Euphoria

1- Learns that chemicals can provide a temporary mood swing in the direction of euphoria.

2- Learns that chemicals will provide this positive mood swing every time they are used.

3- Learns to trust the chemical

and its effect.

4- Learns to control the degree of the mood swing by regulation the quantity of the chemical intake.

C. Phase 2: Seeking the mood swing:

pain Euphoria

1- Applies what was learned in phase 1 to his/her social, cultural and life situation.
2- Uses the chemical at the appropriate times and places.
3- Developes self-imposed rules about the use of the chemical and adheres to them, e.g., "I don't drink until after five o'clock"
4- May suffer from physical pain (hangover) for an occasional over use of the chmical but no emotional pain.
5- Continues ability to control the times, quantities and outcome of all chemical-using experiences.
6- Social users remain in this phase. Victims of chemical dependency progress to phase 3.

D. Phase 3: Harmful dependency:

pain Euphoria

1- Begins to experience periodic loss of control over chemical use. Can no longer predict outcome once chemical use begins.
2- These episodes result in behavior that violates the person's value system and in turn create the first emotional pain that the

victim experiences.

3- Spontaneous rationalizations arise and guiele these feelings from the victim. This loss of insight becomes a growing delusion.

4- Negative feelings about self remain unidentified and therefore are unidentified and therefore are unresolvable. This results in a growing chronic emotional distress.

5- Experiences growing anticipation and preeoccupation with the use of the chemical.

6- Lifestyle begins to change and revolve around the chemical.

7- Specific times for chemical use are now established and reigidly held.

8- Self-imposed rules that were developed in Phase 2 are now regularly being broken.

9- Tolerance to the chemical increases, causing the victim to develop more ingenious ways to get, use and keep the chemical i.e., sneaking drinks, hiding bootles, etc.

10- Projections of self-hatred onto others begin to occur.

11- Victim's whole life is deterioration as health, spirtuality, emotional stability and interpersonal relationships become adversely affected.

E. Pase 4: Using to feel normal (Chronic):

pain Euphora

1- Using chemicals to survive rather than to feel euphoric.

2- Blackouts occur more frequently.
3- Tolerance built in phase 3 breaks.
4- Physical addiction can occur.
5- Paranoid - like thinking is present.
6- Geographic escapes are made.
7- Loss of desire to live and a complete spiritual bankruptcy.

XXXIII. Chemical dependency enabling behaviors:

Enabling, a definition:

Behaviors that family members and friends view as helpful to or as a means to take care of the chemically dependent person. In healthy relationships some of these behaviors can be seen as "normal" interactions. In families/relationships where there is chemical dependence these behaviors actually cooperate with the disease; they can enable the disease the progress. In fact, enabling can even begin to mimic the disease process itself.

Sample Behaviors:

1- Denying - "He's not an alcoholic". As a result: Expecting the chemically dependent to be rational. Expecting the chemically dependent to control his/her use accepting blame.
2- Using with the chemically dependent.
3- Justifying the use by agreeing with the rationalizations of the

chemically dependent: "Her job puts her under so much pressure"

4- Keeping feelings inside.

5- Avoiding problems - keeping the peace, believing lack of conflict makes a good marrigae.

6- Minimuzing: "It's not so bad", "Things will get better when .." protecting the image of the chemically dependent, the chemically dependent from pain, myself from pain.

8- Avoiding by tranquilizing feelings: with tranquilizers. food, etc.

9- Blaming, criticising, lecturing.

10- Taking over responsiblities.

11- Feeling superior - treating the chemically dependent like a child.

12- Controlling "Let's skip the office party this year".

13- Enduring - "This too shall pass".

14- Waiting - "God will take care of It".

XXXIV. Guidelines for Substance Abuse Calls. Family or Friend Crisis Calls

DO'S:

1- Threat situation as any other crisis call, emploting crisis intervention theory and techniques.

2- Determine lethality or the possibility of violence based on past experiences.

3- Determine need for police or rescue squad.

4- Support families in their

requests for help, maintain a calm but direct approach.

DON'T:

1- Don't minimuze lethality of a homicidal or suicidal gesture just because the person in question is intoxicated, such as "Don't worry, he's only drunk".

2- Don't treat a crisis differently because drug and alcohol is involved.

USER CRISIS CALL

DO'S

1- Call on-call clinician regarding suicidal or homicidal gesture.

2- Be direct, clear, and tell them what to do.

3- If they are requesting detoxification, give them the number for freedom house.

4- Pass all ARC requests, emergencies, or evaluations for commitment to the on-call.

5- Be compassionate but direct. Give them the name and number to call in the morning, and instruct them specifically how to place this information in an obrious place.

DO'TS

1- Don't diminish lethality because the person is intoxicated.

2- Don't use active listening or spend much time with an intoxicated person.

3- If the person is intoxicated, then judgement is impaired, so person will not remember or make use of your

intervention.

4- Don't diagnose over the phone.

5- Don't buy into caller's rationalization, projection, minimization, or denial.

FAMILY OR FRIEND NON-CRISIS CALL

DO'S

1- Support family's request for help. Give them a chance to express how they feel.

2- Explain disease process: primary, progressive, and fatal. Explain that the person never ment to get that way.

3- Explain how family members naturally cover up and people get sober when they're provided the opportunity to experience the consequences of their behavior.

4- Determine willingness of the user to seek help.

5- Recommend Alanon and POC's alcohol program.

DON'TS

1- Don't feed into a family's justification as to why a person uses.

2- Don't oversympathize with family members; be supprotive but direct regarding calling a counselor.

3- Don't diagnose over the phone. Treat the caller as the one with the problem.

4- Don't give simple advice regarding what a family member should do. Explore alternatives.

5- Don't recommend specific treatment resources. Every

one should see a counselor at OPC for an assessment and treatment plan.

USER NON-CRISIS CALL

DO'S

1- Support their request for help. Give them a chance to explain the purpose of the call.
2- Explain that people with drinking problems never meant to get that way. Try to relieve guilt and shame.
3- Explore consequences regarding use.
4- Determine willingness of the user to seek help.
5- Recomend AA or NA.
6- Encourage they call a counselor at OPC: 929-0471.

DON'TS

1- Don't buy into their rationalization, projection, denial. The greater the denial, the more likely the problem.
2- Don't encourage they talk on and on.
3- Don't diagnose over the phone.
4- Don't recommend any treatment facilities or resources. Everyone should see a counselor at OPC for assessment.

HOW CRISIS INTERVENTION HEALS

Assuming that crisis are ingerently self-limited and tend to be integrated over time into the person's life, the goals of crisis intervention are generally to forster the healing process, to help

the person make the best use of available resources, both intrapsychic and interpersonal, and to facilitate further treatment of concomitant psychiatric illness, if indicate. Some of the ways crisis intervention can be helpful are:

A. providing support and an opportunity for ventilation. One of the most common benefits of crisis intervention is the opprtunity for the patient to talk with a sympathetic, nonjudgmental listener who avoids pat answers and the meaningless reassurances of everyday life. It is often an extraordinary, even unprecedented experience for many people to share their deeper feelings with such as attentive listener. In cases like this, crisis intervention sessions provide a change for ventilation in an atmosphere to an understandable human dilemma. For many people, this sort of encouragement and empathy can bring great relief, sometimes to years of suffering.

B. Enlisting social support. In time of stress usually the best sources or support are the people who know the patient and are customarilty available. Sometimes in crisis however, the people most in need become unwittingly cut off from sources of support. For example, in situations of acute bereavement sometimes the person most bereaved must assume major responsibility for making arrangements and meetin the deed of others, to the point that the breaved person's own needs are overloaded. In other situations the

crisis itself severely strains the bonds between family or friends, such as an acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) patient's revealing his homosexuality for the first time. In these situations the goals of the intervention will be to forster the interpersonal network of support.

C. Creating a bridge of hope. Sometimes crisis seem overwhelming because the person suffering can imagine no end to the dilemma, no time when events can be seem from another perspective. This may occur in families at times of intense discord, such as the revelation of a teenager's drug use, or in an individual facing sudden important loss, but it may also be the result of personality disorder of depression. In instances like these one of the healing functions of the crisis intervention is to create a context in which the sufferer knows he or she will meet again with an interested person.

D. Getting over a developmental hurdle. Often crisis occur at time of normal developmental steps, such as a child's leaving home final examinations in college, or first sexual experiences. The fact that such events precipitate an emergency room visit usually indicates that additional problems are complication the apparent developmental step.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statis- tics. Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition. Revised Washigton, D.C. American Psychiatric Association 1987.

2. Basseck, E.L. and Birk, A.W.: Emergency Psychiatry. New Yourk. 1984.

3. Fox, R. Help for the Despairing; The Work of the Samaritans. Lancet 2: 1102-1105, 1962.

4. MacKinon, R.A., Michaels, R. The Role of the Telephone in the Psychiatric Interview, In the Psychiatric Interview in Clinical Practice Philadelphia: W.B. Saunders, 1971.

5. National Centers for the Prevention and Control Rape. Exemplary Rape Crsisis programs. U.S. Department of Health and Human Services, NIMH: Washington, D.C.: 1985.

6. Orange-Person-Chatham Community Mental Health Center. A Training Manual for Helpline Volunteers. First edition compiled by staff in 1988 and constantly being revised. Private communication.

7. Rosenbaum, M. Premature Interruption of Psychotherapy; Contination of Contact by Telephone and Correspondence. American Journal of Psychiatry. 134: 200-202, 1977.

8. Rosenbaum, A., and Calhoun, J.R., The Use of the Telephone in Crisis Intervention: A Review. J. Community Psychology, 5:325-339, 1977.

9. Williams, T., and Doubs, J. The Unique Contribution of Telephone Therapy. In lester D. Brockopp, G. (ed.): Crisis Intervention and Counseling by Telephone. Springfield, III: Charles C.

Thomas, 1973.

10- Wilson, J.J. A National Directory of Hotlines. Helplines Organization Agencies and Other Resources. Shepherdstown, W.V. Rocky River Publishers, 1991.

عرض البحث

فى أواخر الخمسينيات أنشىء الكثير من المصحات النفسية فى أمريكا، كل ولاية مقسمة إلى مناطق متعددة، وكل منطقة يوجد فيها مكتب يقدم خدمات علاجية، وقد أنشىء الخط الهاتفى الذى يكمل الخدمات الأخرى منذ 14 عاماً.

تم إنشاء الخط الساخن فى الأصل لمنع حدوث حوادث الانتحار وبعد ذلك امتدت لتشمل كل أنواع المحن مثل الاعتداء الجنسى، والعنف المنزلى، وإدمان الكحول والمخدرات، والأطفال الهاربين من منازلهم، والإيدز، ومعلومات عن التسمم، ومعلومات عن السرطان، لهذا فإن استخدام الهاتف كان للوقاية من حدوث المحن، ولتقديم الاستشارات.

والمحنة تعنى اضطراباً فى حالة مستقرة، عندما تكون قابلية الفرد لحل هذه المحنة غير كافية لتجعله يعود إلى الحالة الطبيعية.

وتعتبر المحنة حالة وقتية تتعلق بحادثة معينة، وما نريد أن نحققه هو مساعدة الآخرين لتمر هذه المحنة بسلام، ويتم حلها ليعود الفرد لحالته الطبيعية، ونحن لا نساعده لتخطى تلك الأزمة فقط وإنما لمواجهة بقية الأزمات، أى نقوم بمنع حدوث التأثيرات النفسية الدائمة التى قد تنتج من هذه التجربة، ومساعدته على اكتساب خبرات إيجابية من هذه المحنة.

ولاتعتبر وسيلة التدخل فى المحنة بديلاً عن التدعيم النفسى الشامل أو

طريقة للعلاج، إن التدخل الناجم فى المحنة يعنى الاتصال السريع بالفرد الذى يمر بضغوط، واقتراح طريقة للعلاج منطقية وعملية فى آن واحد وتعتبر هذه الوسيلة لبعض المرضى مقدمة للعلاج.

يعتبر الهاتف وسيلة فورية للاتصال بالأشخاص الذين يكونون فى محنة، وبغض النظر عن شخصية المتحدث أو محاولته عدم الصراحة، فإن كل اتصال هاتفى من هذا النوع يعتبر طلباً للمساعدة ويقوم الاستشارى بالتحكم فى تطور المحنة أو الحالة من خلال التعرف على مواقع ألم المتحدث، وحاجته للمساعدة ومدى قابليته للتعاون من خلال الهاتف.

وقد تم إنشاء خدمة الخط الساخن منذ أربعة عشر عاماً وتقوم هذه الخدمة بتقديم المساعدة لثلاث مقاطعات فى ولاية شمال كارولينا، وتقدم خدمات الخط الساخن 7 أيام فى الأسبوع على مدار الأربع والعشرين ساعة، ويوجد فى هذه الخدمة ما يقرب من خمسة عشر خطاً هاتفياً، والأرقام موجودة فى دليل الهاتف، والأماكن العامة فى المنطقة، وعند الشرطة، والمستشفى، أى موجودة فى كل مكان.

يوجد متطوعون كثيرون يريدون العمل فى هذا المجال من جامعيين ومتقاعدين وأمهات. ويتم تدريب المتطوعين أربع مرات فى السنة من خلال إخصائى الصحة العقلية، وتستغرق فترة التدريب حوالى إحدى وخمسين ساعة وتسعاً وعشرين ساعة للتدريب النظرى وتعليمات داخل الفصل، واثنتين وعشرين ساعة لملاحظة المرشدين بالخط الساخن وهم يعملون. ويقوم المتدربون بسماع المرشد وهو يتكلم وبعد ذلك يقرأون ورقة الملاحظات، ويقوم المرشدون بالاتصال الهاتفى بالمتدربين. بعد ذلك يعطى المتطوع فترة أربع وعشرين ساعة ليقرر إذا كان يرغب فى التدريب. وتوجد فى الورقة تفاصيل أخرى يمكنكم الرجوع إليها.

مواصفات المرشد الجيد:

1- القابلية للاستماع الجيد وليس الانتظار فقط حتى يأتى دورك للكلام: ومن المفروض أن يقوم المتحدث بالكلام ثلثى الوقت، فإذا رأيت أنك تتحدث أكثر من اللازم، فهذا دليل على تدخل شخصيتك فى المكالمة أو عدم استطاعتك السيطرة على الموقف.

2- القابلية للتعاطف: وتشمل القدرة على التدخل فى مشكلة المتكلم والشعور بمشاعره ولكن لا تخبره أنك تعرف شعوره بالضبط.

3-الحساسية والمنظورية: وتعتبر من القدرات الداخلية التى تتطور جزئياً، وتعتبر المنظورية من مهارات الاستماع لما يقوله المتحدث حقيقاً ومعرفة مدى احتياجه خصوصاً عندما يتحدث المتكلم كثيراً ليمحو المسؤولية عن نفسه، لهذا فإنه من المهم جداً أن يعرف المرشد المشكلة التى يريد المتحدث أن يخفيها. ومن أنواع المنظورية أن تكون موضوعياً بقدر كاف لمعرفة الحدود الخاصة بك، ومعرفةالوقت المناسب لإحالة المتحدث لشخص آخر يتميز بمهارة وخبرة أعلى.

4- القدرة على جعل الناس يتكلمون: وليس سؤالاً يمكن الإجابة عنها بنعم أو لا، حاول بلطف أن تجعلهم يتكلمون عن شعورهم تجاه الموقف الذى يمرون به.

5- القدرة على التفاعل مع مجموعات مختلفة من الناس: مثل الريفيين، والشباب، والعجائز وصغار السن. ونظراً لأن كلاً منا له نزعات انحيازية فإنه من المهم جداً ألا تتدخل هذ الأمور فى العلاقات الاستشارية.

6- المرونة: وهى صفة ضرورية فى أى جانب من الحياة، ولكن لها ميزة خاصة فى العمل الاستشارى، فعندما تكون قادراً على إيجاد بدائل وحلول لمشكلة ما والقدرة على الحديث عن الجوانب السلبية والإيجابية من موضوع ما، فهذا

يدل على استطاعتك تقديم المساعدة.

7- ضبط النفس: ويشمل البقاء على الحياد، وعدم التدخل الزائد فى مشكلة المتكلم، وألا يصبح دورك غير مفيد. ومن الصعب أن تصل إلى مرحلة توزان بين التعاطف وضبط النفس فى العلاقة الاستشارية.

8- الثقة: وهذا أمر مهم لأن عدم الثقة يحجب عنك القدرة على المساعدة، لأن الخوف يقتل أى شىء لذلك فإن الحب هو عكس الخوف ويساعد كثيراً.

تعليمات وإرشادات مهمة للعلاقة الاستشارية.

من المهم ملاحظة طبيعة تطور العلاقة الاستشارية على المرشد والشخص الذى يطلب الاستشارة، إن محور العلاقة يدور حول متطلبات ومشاعر طالب الاستشارة، لذلك إذا شعر المرشد برغبة شديدة فى السيطرة على المتكلم ينبغى أن يعمل فى الاتجاه العكسى حتى لا تتأثر قدرته على العلاقة العلاجية مع الناس، وهناك بعض الأساسيات المهمة لقيام العلاقة الناجحة وتشمل الآتى:

1- احترام شخصية المتكلم وخصوصيته لأنه ليس من الضرورى أن ينجح العلاج الواحد لأكثر من شخصية.

2- عدم الانحياز: من المهم جداً أن تتعلم ألا تحكم على تصرفات الناس أو معتقداتهم من خلال مواصفاتك الشخصية، لأن الحكم على الآخرين قد يكون أمراً سلبياً جداً، ويظهر من خلال نبرة صوتك عند الكلام. وقد يكون الحكم على الآخرين إيجابياً فى بعض الأحيان، فمثلاً عندما يتكلم شخص ويقول إنه يعانى من مرض خطير، يرد عليه المرشد بطريقة سريعة أنه لابد أن يذهب إلى المستشفى للعلاج.

3- احترام قدرة العميل على اتخاذ القرار: ينبغى أن يقوم العميل بدور

رئيس فى تقرير كيفية حل المشكلة التى يمر بها. لا تقع فى الخطأ وتعتقد أنك لا تعرف الأفضل للعميل، إننا لا نعمل هنا لإعطاء النصائح حتى إن كانت تلك رغبة العديد من العملاء.

4- السرية: من أجل كسب ثقة العملاء لابد أن تتعهد بعدم إفشاء أسرارهم، تحفظ هذه الأسرار فى ملف المركز إذا كان هؤلاء الأشخاص عملاء للمركز.

5- توطيد العلاقة: من مهامك الأولى فى الحديث إلى العميل أن ترسخ علاقة جيدة سريعة حتى يثق فيك هذا الشخص ويتكلم عن مشكلته. وهذا الأمر ليس سهلاً من خلال الهاتف فى غياب الوسائل المرئية، ولكن هناك بعض الأشياء يمكنك القيام بها، منها الاستماع التأملى وهو أمر فى غاية البساطة. ولايعتبر أمراً كافياً أن نستمع فقط بل يجب أن يشعر العميل أننا نفهم ما يقول من خلال تذكيره بما قال سابقاً.

من أجل أن توضح ما قد سمعته لابد أن تعرف الفرق بين المشاعر والمواقف والأعراض، عند التجاوب يجب أن يكون ردك على مشاعر العميل وليس الموقف الذى يمر به ولابد أن يكون ردك لا يتضمن أى حلول أو استشارة.

إن التعبير عن شعور العميل يعتبر مفيداً جداً، فبعض العملاء لايعرفون ما يشعرون به بالضبط، ولذلك تكون هذه الطريقة وسيلة تربوية تساعد على ترسيخ الثقة بينك وبين العميل لأنك تنقل له اهتمامك به وما يقوله لك، وذلك يشجعه على قول المزيد.

بالإضافة إلى الرد على الشعور الذى يتم التعبير عنه فإنك من الممكن أن تتقدم خطوة إلى الأمام وتعبر عن الشعور المكتوم، وقد لا يشعر العميل بذلك الشعور الخفى لذلك فإن وظيفتك هى زيادة إدراك العميل لهذا الأمر.

المناقشات والتعقيبات

مهندس فاضل أبو الحسن:

يسعدنى المشاركة فى هذا المجال، لدىّ سؤال للدكتورة باربرة جيمس يتعلق بالخدمة الهاتفية، أولاً الاسم الصحيح هو الاستشارة الهاتفية وليس الخط الساخن، النقطة الثانية تتعلق بالخدمات الاستشارية فى الولايات المتحدة، هل تتلقون أموالاً مقابل الخدمات الهاتفية؟ وهل تقوم الشركات الخاصة بأخذ الأموال فى حالة الخدمة الهاتفية؟ وشكراً.

د. لطفى الشربينى:

أشكرك أولاً، ولدى تعليق وسؤال، التعليق: إننا سمعنا عن الخدمات الموجودة فى الولايات المتحدة وهى تتصف بالتخطيط والتعقيد والدقة فى النظام، ونحن لا نطمع أن نصل إلى هذا الحد. الخدمة فى الكويت ستكون بسيطة. والسؤال: بعض الإخوة يخلطون بين الخدمة الهاتفية والاستشارية.

د. طلعت منصور:

شكراً للدكتورة، إننا أمام نظام كامل يمكن أن نستثمر كل الإجراءات الفنية والمدارس العلمية فى الإرشاد فيما يتناسب مع الوسيط المستخدم وهو الهاتف، ومن ثم فإن ما طُرح هنا فى الجلسات هو أننا أمام إرشاد غير مباشر، وعلينا أن نستثمر كل ما هو متعلق بعلم النفس من الناحية العملية، وألا يقتصر الأمر على الناحية النظرية وحدها.

لدىّ سؤال للدكتور باربرة، هل لكم توجهات معينة للمناطق النائية

والمحرومة ثقافياً؟

هنـاك فترات تزيد فيهـا الأزمـات والمشـاكل، وتزيد الطلبـات على الهـاتف. هل لديكم دراسـات لطبيعة العمـل الفنى وتأثير الخـط السـاخن على الخطـوط الأخرى؟ وشكراً.

د. محمد شعلان:

للمـرة الأولى نتطـرق لمسـألة المتطوعين، وقـد بدأت منـذ ثلاثين سنـة فى انجلترا. إن الاستعـانة بغير المهنـى فى العلاقـات النفسيـة مفيـد، فهنـاك من مر بأزمـة ويشـارك آخرين فى حل أزمـاتهم، بهـذا يمكن توسيـع الخـدمة، ولا تكـون الخدمة محتكرة.

متحدث:

شكراً للدكتورة باربرة، إن مشـاركة المتطـوعين سـوف تسـد النقـص، فهـل يجـرى للمتطوعين اختبـارات شخصيـة؟ حيـث يمكـن أن تكـون لـديهـم مشـاكل نفسيـة قـد تؤثر عليهـم أثنـاء عملهـم.

متحدث:

شكراً للدكتورة باربرة، سمعنـا عن بداية تطبيق الخـدمة الهـاتفيـة، إن فكـرة الخـط السـاخن تعـود إلى عـام ألـف وتسعمـائة واثنين وثلاثين للعـالم الأمـريكى لـويس مـن جامعـة شيكـاغو. الهـدف منهـا مسـاعدة الأهـالى الـذين يسكنـون فى المنـاطق النـائيـة البعيـدة.

انصـب اهتمـام العـالم على حل المشكلات وأهمهـا الطلاق، والتربيـة، والمراهقـون، والصعـوبات الجنسيـة، والتكيـف مع أمور الحياة، بعبارة بسيطة: اضطـرابات فى الشخصيـة محـدودة جداً استبعـدت الـدكتورة الحـالات الحـادة لأن المريض لايستطيـع أن يعبر عـن نفسـه فيها.

يجـب أن نقـارن بين المجتمـع الأمـريكى والمجتمع الكويتى، فى مجتمعنا تحفظ كبير، وهناك الخوف من ذكر عدد الأولاد مثلاً، الخـوف مـن ذكـر الـوضع الاقتصـادى، الخـوف من ذكـر المشكلات الجنسيـة التـى تلعب دوراً كبيراً، الخـوف من ذكر أى شىء فى نظـام طـب النفس.

أولاً علينا إزالة هذه الأمور وبعد ذلك يمكن التفكير فى خطوات أخرى جادة، والتى منها إنشاء الخدمة الهاتفية. قبل تطبيق الفكرة يجب مراعاة:

1- إقناع المواطنين بأن المشاكل النفسية لا تقل أهمية عن الأمراض الأخرى.
2- إقناع المواطنين بأن الاستشارة النفسية لا تعنى إصابة الشخص بأى عاهة أخرى.
3- إيجاد أناس متخصصين لديهم لباقة فى الكلام.

أرجو أن نصل فى نهاية هذه الحلقة إلى الأسلوب الأمثل لحل المشكلات النفسية عن طريق الخدمة الهاتفية.

تقول الدكتورة باربرة: إن العلاج بالهاتف لا يحقق الغرض كما هو فى العلاج الأكلينكى، ولكن بحكم ظروف مجتمعنا فإن السرية تحتم علينا اتباع هذا الأسلوب.

د. عبد الرحمن العصفور:

من الضرورى جداً أن تستعمل الخدمة الهاتفية بالشكل الصحيح. هل يجب أن يكون هناك ترابط بين مقدمى الخدمة على الهاتف وبين الإخصائيين الذين تبعث لهم بعض الشكاوى؟ هل هناك وقت كاف لعمل هذا؟

د. باربرة:

هناك اختلاف فى الثقافة بين الاستشارات الهاتفية فى الكويت والدول الأخرى، لأنها تجرى فى الكويت على أساس شخصى، ويجب معرفة ما هى الاتجاهات والمشكلات التى تلقونها، ويجب تدريب الكادر المعالج على كيفية حل المشاكل الناجمة عن العدوان. ويجب كذلك على المتدرب أن يكون داخل إطار ثقافى واجتماعى للمجتمع الذى يصل به، كذلك فإن انفصام الشخصية نجم عن بعض الاضطرابات النفسية.

نواجه فى أميركا أموراً قد تواجهكم هنا فى الكويت الآن، إننا لا نطلب سوى معرفة استخدام الهاتف. نحافظ على سرية المتصل، وسرية المتطوع الذى يرد

على الهاتف، السبب فى هذا أننا فى أى مجتمع نقوم بأدوار متعددة يكون بعضها متشابهاً.

إننى أقوم بالعمل التطوعى فى الخدمة الهاتفية، ولكنى أعمل فى مجال آخر، لذلك من الأفضل أن يبقى الاسم خافياً.

نحن بحاجة لأن يكون الذى يتلقى المكالمات من نفس ثقافة المتصل، لدينا فئات مختلفة فى مجتمعنا وإننا نحاول أن نجعل الذين يتلقون المكالمات من مختلف هذه الفئات، لأننا لا نريد من أساتذة الجامعة أن يعملوا ستة أيام فى الأسبوع، فليس جميع المتصلين بحاجة إلى أساتذة جامعة، بل يمكن أن يحتاجوا إلى أناس عاديين، فيمكن القول بأنه يتعامل مع الخط الساخن أشخاص مختلفون ولديهم ظروف مختلفة يجب عدم اعطاء معلومات خاصة بالمتطوع لأى شخص.

ماذا يحدث إذا أراد أحد المصابين بالأمراض النفسية التطوع؟ يجرى المدير مع المتطوع مقابلة طويلة قد تستغرق ساعات طويلة، وإذا رأى المدير أى شىء يدل على مرض المتطوع يحوله إلى أحد الإخصائيين للمعاجلة. أما إذا رفض المتطوع اللجوء للعلاج فلا يسمح له بالجلوس مع المصابين الآخرين.

إننا نرفض بعض المتطوعين مما يؤدى إلى إصابتهم ببعض الأمراض النفسية، وهذه مشكلة لم تحل فى هذا الوقت.

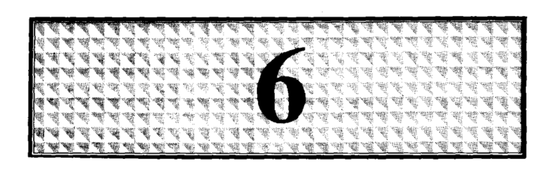
أما إذا عولج المتطوع من مشكلته التى يعانى منها، بالتالى من الممكن أن نقبله ويشارك فى العمل فيما يتعلق بالمكالمات الموسمية، فهذا يحدث فعلاً، وهناك سجلات تؤكد هذا .. بعض الأشخاص يتصلون فى أوقات معينة من السنة، السبب الذى يجعلنا نسجل ونحتفظ بسجلات دقيقة، أى نحاول تصنيف المكالمات حسب الحالة.

إن المتطوعين لا يتقاضون أجراً مقابل عملهم، وهذا ما يجعلنا نستعين

بهم، وإن التدريب يضفى عليهم خبرات كثيرة جداً، وأيضاً يستفيدون كثيراً من الجلسة الأسبوعية التى تحدثت عنها.

ويقوم بالتدريب متخصصون فى علم النفس، ويجب أن نضيف الكثير من المعلومات عن هذه الدورة. وإذا شعر المتطوع الذى يعمل فى الخدمة أنه لا يعرف أن يتعامل مع مشكلة ما، نقوم بترتيب مقابلة له مع متخصص لمعالجة هذه القضية.

الجلسة السادسة



الإرشاد عن طريق الهاتف:
استراتيجية للتدخل فى أزمات الحياة

رئيس الجلسة : د. جاسم الحمدان
المتحدث الرئيسى : أ.د فيولا الببلاوى

البحث

مقدمة:

جاء فى "الدستور الأخلاق" للرابطة الأمريكية لعلم النفس APA Ethical Code (1975/1958 القسم الأول، ص٢):

"إن منتهى الولاء والإخلاص للأخصائيين النفسيين ينبغى أن يكون للمجتمع، وأن يكشف سلوكهم المهنى عن وعى بمسئولياتهم الاجتماعية".

ويرتبط ذلك بتلك الحقيقة عن تزايد الطلب وتعاظم الحاجة إلى خدمات

الإرشاد والعلاج النفسى فى المجتمع المعاصر؛ فى الأسرة، والمدرسة، والمؤسسات التعليمية والثقافية، والوكالات الاجتماعية المختلفة، وهو ما يفرض علينا أن نبذل كل جهد فى تنظيم معرفتنا، وفى توظيف خبراتنا ومهاراتنا، وفى اكتشاف طرق جديدة فى ممارساتنا باعتبارها مهن تقديم المساعدة للآخرين (Helping Professions).

لقد صار الناس فى كل مكان فى اهتمام متزايد ليس فحسب فى أن يعيشوا حياة أكثر استقرارا وارتياحاً فى التعامل مع مشكلاتهم الحياتية، وفى مواجهة ضغوط الحياة، ولكن أيضاً فى تحسين فاعليتهم الإنسانية وفى تحقيق إمكاناتهم الحقيقية، ومن ثم فإن الحاجة إلى هذه الخدمات تضع الإرشاد والعلاج النفسى داخل إطار أكثر اتساعاً وأكبر عمقاً من مجرد حل المشكلات الشخصية أو التخطيط للمستقبل دراسياً ومهنياً، فالناس تريد للمساعدة التى تتعلق بمجالات متعددة من الاهتمامات المتعلقة بالمعنى من الحياة والوجود والمستقبل، وكذلك بتعلم مهارات الحياة والتعامل مع المشكلات والضغوط. وإذا كان الناس ينشدون الإتقان والكفاءة فى علاقتهم مع بيئتهم، إلا أن التطلع إلى فهم الذات وإلى النمو يحتل الآن أهمية متزايدة؛ ولهذا فإن خدمات الإرشاد والعلاج النفسى ينبغى بسطها وتوفيرها - عمقاً واتساعاً- لمواجهة هذه التحديات المتزايدة ولتلبية هذه الحاجات المتنامية فى إنماء الإمكانات البشرية. (عن مقدمة كتاب برامر وشوستروم Brammer & Shostrom، 1997، ط3).

إن مساق البشرية - كما حدده "تقرير نادى روما الدولى" (39-41 :1981) - يؤكد أن أبعاد المعضلة العالمية تنبثق مما يعرف "بالفجوة البشرية": وهى تلك المسافة التى تقع بين التعقد المتزايد للمشكلات وقدرتنا على مواجهتها، وهى فجوة بشرية لأنها فجوة بين ما نصنعه ونوجده من تعقيدات، وبين تخلفنا فى إنماء قدراتنا على

مواجهتها. إننا نعيش بذلك حياة تتصف بالمخاطرة والتعقد، في حين أن تفكيرنا وسلوكنا ونزاعاتنا أو اتجاهاتنا منعدمة الصلة بما في عصرنا هذا من مخاطر وتعقيدات.

"وقد أصبح البحث عن معنى، بما في ذلك الرغبة في التمكن من مشكلة، وفهم مغزاها، وتصور الحلول لها، أمراً أساسياً في الوقت الحاضر. وهذا يفسر لنا كيف تعيش آثار الحروب والأزمات في الناس، فإذا سمعنا أن حرباً نشبت في مكانٍ ما، فإننا نجد أن البعض يظلون غير مكترثين. ولكننا نجد الاستجابة مختلفة بالنسبة لجيل أو لمجتمع مازالت تؤرقه، وفي آذانه آثار من دوى القنابل والقاذفات، وما زال يذكر الطرقات والأماكن المزدحمة بأناس أخرجوا من بيوتهم، وأصبحوا ضحايا وهم أبرياء، كذلك نجد أن استجابة أناس ظلوا يعانون ويلات الحرب دون أن يذوقوا طعم الراحة أو طعم السلام تختلف عن استجابة أناس ليس عندهم خبرة مباشرة بالحرب. (تقرير نادى روما الدولى، 62-46).

وتتضح المعضلة العالمية التى تعيشها كل المجتمعات الإنسانية في هذا العصر إذا وضعنا في الاعتبارات تلك التغيرات الحضارية الفريدة في مداها وعمقها وسرعتها، وهو ما قد يعانى الإنسان والمجتمع معها بنوع من اختلال التوزان الذى يطلق عليها "أ. توفلر". "صدمة المستقبل".. فهى تغيرات تنطوى على صدمة للإنسان من ناحية، رغم أنها من ناحية أخرى تفتح أمامه آفاقاً واسعة للإنماء، وبإطلاق قوى الخبرة من عقالها إنما نضع الأفراد في مواجهة كل ما هو غير مألوف أو غير متوقع، وبذلك تتصاعد مشكلات التكيف إلى مستوى جديد وخطر، (توفلر،1974:192-193).

أزمات الحياة وتضميناتها الإرشادية:

إن أزمات الحياة وضغوطها تحتل هكذا ركناً أساسياً من أركان الوجود الإنسانى وخاصة في المجتمع المعاصر، بل إن مفهوم أزمات الحياة وضغوطها هو

حجر الزاوية فى أى فهم منظم للنمو وللإنماء الإنسانيين، حتى أن نظرية "إيريك إيريكسون" Erockson (1963) فى نمو الشخصية لتنطلق من أن المسار النمائى للشخصية هو عبارة عن تتابع لمراحل حرجة - حيث يستطيع الشخص فى كل مرحلة - من المهد إلى اللحد - أن يتجاوز "الأزمات المحتملة" Potential Crisis التى تفرضها طبيعة وخصائص وحاجات النمو فى المرحلة من ناحية، وضغوط المجتمع ومدى تلبيته لمطالب النمو فى تلك المرحلة من ناحية أخرى.

لذا كان النمو الإنسانى هو تغيراً ارتقائياً يتحقق من خلال إنماء مقدرة الإنسان على التعامل مع أزمات وضغوط الحياة فى كل مرحلة نمائية من "دور حياة" الإنسان وعلى مواجهتها بأساليب إيجابية.

ويؤكد الخبراء فى إرشاد وعلاج الأزمات على أن الإنسان الذى يعيش أزمة من أزمات الحياة ما هو إلا القشة الأخيرة أو الحدث البسيط الظاهر فى نهاية سلسلة طويلة من الأحداث الضاغطة التى تجهد وتستنزف طاقاته النفسية. ولهذا يعد التعرف على العوامل أو الأحداث "المُرسبة" Precipitating Events توجهاً أساسياً فى التدخل الوقائى للأشخاص وحمايتهم من التأثيرات السالبة المتوقعة من ضغوط الأزمة وما بعد الأزمة. (فاينى Viney، 1976).

هذا التوجه الوقائى هو جوهر استراتيجيات التدخل فى أزمة الحياة، لأن منشأ الأزمة Crisis Onset يكون مرتبطاً بحدث ما فى حياةالفرد. وهنا ينبغى أن نضع فى الاعتبار عدداً من العوامل التى يتوقف عليها تأثير حدث معين من أحداث أو أزمات الحياة على الفرد:

* التوقيت Timing
* الشدة Intensity
* المدة Duration
* التتابع Sequencing
* التداخل مع أحداث أخرى Interference

ولهـذا يحـرص الخبراء فى إرشـاد وعلاج الأزمـات على تحـديد التغيرات الأسـاسية أو الكبرى فى الحيـاة كأحداث ضاغطة تتطلب تدخلات وقـائيـة، ومـن المحاولات الأساسية فى

هذا الشأن قـائمة"هـولمز وراهـى" Holmes(1967) & Rahe اللـذان قامـا بحصر الأحداث الضـاغطة فى الحياة ومـا تستـدعيه تلـك الأحداث مـن تغيرات فى الأفراد وفى اضطـراب حياتهم، وهـى فيما يلى:

1- موت الأب/ الأم.
2- موت الزوج/ الزوجة.
3- موت أحد الأخوة.
4- موت أحد الأبناء.
5- تغير فى الحالة المالية.
6- الطلاق.
7- انفصال بين الزوجين.
8- خسارة اقتصادية.
9- التعرض لإصابةأوحادث أو مـرض.
10- الحكم بالسجن.
11- مشكلات/ انحـرافات جنسيـة.
12- الزواج.
13- الحمل.
14- الاضطراب فى العلاقة بين الـزوجين
15- مرض أحد أعضاء الأسرة.
16- موت صديق عزيز.
17- تغير فى ظروف العمل.
18- تغير فى مسئوليات العمل.
19- ميلاد طفل جديد.
20- ديون زائدة.
21- مخالفات قانونية.
22- انجاز شخصى فائق.
23- الزوجة تلتحق بعمل.
24- بداية مرحلة دراسية.
25- نهاية مرحلة دراسية.
26- تغير فى ظروف الحياة.
27- اضطـرابات مع الـرؤساء فى العمـل.
28- اضطرابات مع المعلمين.
29- تغير فى السكن.
30- تغير فى المدرسة.
31- تغير فى التخصص.
32- تغير فى الترويح والتسلية.
33- تغير فى الأنشطـة الاجتمـاعية.
34- تغير فى ذات النوم.
35- تغير فى عادات الطعام.

36- تغير فى الوزن.
37- الإجازات.
38- الأعياد.
39- العطلة الأسبوعية.
40- زواج أحد الأبناء.
41- فشل دراسى.
42- فشل فى العمل.
43- تغير فى العلاقات الاجتماعية.
44- فقدان صداقة.
45- وجود فرد فى الأسرة يعانى من مشكلة
46- أحداث أو ظروف أخرى.

وهذه القائمة يمكن استخدامها فى بحوث مسحية Survey لتقدير الأوزان النسبية لهذه الأحداث الضاغطة من حيث درجة شدة تأثيرها على الأفراد والأسر فى المجتمع الكويتى.

وتتطلب فعالية خدمات الإرشاد فى الأزمات التعرف على "مصادر" الشخص والأسرة فى "إمكانات المواجهة" Coping Potentails للأحداث الضاغطة؟ كيف يواجه الفرد و/ أو الأسرة هذه الضغوط؟ كيف يتعاملون معها؟ ما الطرق أو الأساليب التى يلجأون إليها فى الاستجابة لتلك الضغوط وفى مواجهتها؟ وفى ذلك يحدد "فولكان ولازاروس" وآخرون Folkman & Lazarus et al. (1986) قائمة بإمكانات المواجهة للضغوط، والتى تتضمن أساليب الفرد فى التعامل مع الضغوط ومواجهتها، وهى:

1- أتماسك وأكافح من أجل ما أريد.
2- أغير طريقتى إلى ما هو أحسن.
3- أتحقق من أن أقوم بواجبى ومسئولياتى نحو المشكلة.
4- أقوم بعمل خطة عمل وأتتبع تنفيذها.
5- أحاول أن أنسى أو اتجاهل كل ما حدث.
6- ألقى اللوم أو المسئولية لما حدث على الآخرين.
7- أتبصر فى نفسى وأوجهها.
8- أصلى لله سبحانه وتعالى.
9- أطلب النصيحة أو المشورة من صديق أو قريب أو من شخص له

خبرة.

10- أعيد اكتشاف ما هو مهم فى حياتى.

تلك نماذج من عبارات/ مثيرات كاستكشافات فى الشخصية وفى مصادر وإمكانات التحمل للضغوط والمواجهة لتأثيراتها عند الشخص/ أو الأسرة. فالبحث عن مصادر من داخل ومن خارج الشخص/ أو الأسرة يعد ركيزة أساسية يرتكن إليها المرشد/ الأخصائى فى "تقوية" و "تعزيز" إمكانات المواجهة للضغوط.

الإرشاد عن طريق الهاتف .. استراتيجية فعالة للتدخل فى أزمات الحياة:

ويعكس تطور آفاق العمل وفنونه فى مجالات الإرشاد والعلاج النفسى استجابة من الالتزام والمسئولية إزاء تحديات العصر وضغوط الحياة فيه على الفرد والمجتمع. ولعل ذلك يفسر تعدد وتنوع مدارس ومناحى الإرشاد والعلاج النفسى واتساع مجالات خدماته من حيث الكم، كما يفسر تطور أساليبه وفنياته من حيث الكيف فى تقديم هذه الخدمات على أسس مهنية راقية من المساعدة ومن فعالية هذه المساعدة.

ويعد الإرشاد عن طريق الهاتف" Telephone Counseling دالة لتلك الآفاق المتنامية لخدمات الإرشاد والعلاج النفسى ولفنياتها وتكنولوجياتها وإدارتها على المستوى المجتمعى. هذه الخدمات الإرشادية عن طريق الهاتف قد صارت من الاتساع والشمول والفاعلية إلى الحد الذى جعل من الإرشاد عن طريق الهاتف نظاماً معمماً فى أمريكا. أوروبا واليابان، وهو ما تتأكد معه الجدوى من العمل بهذا النظام، وكما يتضح من خصائص ومزايا استخدام هذه النظام ومن نجاحه فى دول كثيرة من العالم (لستر Lester 1977 موتو Moto 1979 شتاين ولامبرت Steom & Lambert ، 1984 اكترلنج وهارتسو Echterling & Hartough 1989 وغيرهم.

1- إن نظام الإرشاد عن طريق الهاتف وسيط اتصالى يعتمد أساساً على التفاعل اللفظى بين المرشد/ الإخصائى وبين المسترشد (الشخص المتصل تليفونياً) وليس على التواصل وجهاً لوجه.

2- أن طالب الهاتف يشعر لذلك بالحرية فى التفاعل وفى الطرح، وكذلك فى إنهاء تلك العلاقة الإرشادية/ العلاجية فى أى وقت يشاء.

3- إن هوية الشخص الطالب للهاتف تكون مجهولة (إذا أراد ذلك)، ولذا قد يؤدى التستر إلى تيسير الكثير من ديناميات الكشف عن الذات والمصارحة فى عملية الإرشاد/ العلاج.

4- كما أن هوية الأخصائى غير معروفة، مما ييسر من عمليات الطرح الإيجابى.

5- ولذا يقلل الإرشاد عن طريق الهاتف من اعتمادية الشخص على الأخصائى، ويزيد من الاعتماد على الذات ومن إمكانات إنماء المسئولية والتوجيه الذاتى.

6- وينفرد نظام "الخدمة الاستشارية الهاتفية" بأنه وسيط سهل المنال (" هنا والآن") لكل الذين لا يستطيعون التردد على عيادات نفسية أو مراكز أو مكاتب للإستشارة النفسية بسبب بعض العادات والتقاليد أو الاتجاهات السالبة نحو العلاج النفسى، أو بسبب التكلفة المادية لتلقى هذه الخدمة.

7- كما تنفرد "الخدمة الاستشارية الهاتفية" بأنها "نظام مفتوح" Open System يعمل فى كل وقت، وفى أى وقت، خلال الساعات الأربع والعشرين يومياً.

8- لذا تبرز قيمة "الخدمة الاستشارية الهاتفية" إذا وضعنا فى الاعتبار طبيعة هذا العصر من ضيق الوقت وعبء الجهود وتزاحم الأعباء والمطالب التى يعيشها الناس مع مواقف الحياة اليومية الضاغطة.

9- إن أزمات الحياة غالباً ما تنشأ على نحو من الفجاءة واللاتوقع، ومن ثم فهي تنطوى على تزايد احتمالات "الخطر المرتفع" والآنى للأفراد والأسر / الأمر الذى يتطلب نوعاً من "التدخل السريع" أو "الأسعاف النفسى" وهو ما تتيحه طبيعة نظام العمل على "الخط الساخن" بهذه المواصفات المذكورة عاليه.

10- أن نظام "الخدمة الاستشارية الهاتفية" يجعل من عمليات وإجراءات "المتابعة" للحالات ميسورة وفعالة.

هذه المزايا التى يتفرد بها نظام "الخدمة الاستشارية الهاتفية" تكمن وراء تطور" حركة الإرشاد عن طريق الهاتف" (Telephone Counseling Movement) وبشكل سريع منذ الخمسينيات حتى إنه تكاد لا تخلو مدينة فى أمريكا وأوربا من مركز أو عدة مراكز لتقديم خدمات متنوعة للإرشاد عن طريق الهاتف، وإذا وضعنا فى أولويات اهتمامتنا تلك التأثيرات الناجمة عن العدوان العراق الغاشم على دولة الكويت وهى تأثيرات صدمية شاملة لكل المجتمع يتوقع أن تستمر لفترة ليست بالقليلة من الزمن، فإن قيمة هذه النمط المتطور من الخدمات الإرشادية من خلال الهاتف لتعد خدمات واعدة بقدر ما أثبت التجارب ونتائج البحوث.

الكفاءات المهنية للإخصائيين العاملين فى الإرشاد عن طريق الهاتف:

إن المرشد / الأخصائى ليس هو الشخص الذى لديه كل الإجابات، بل هو الشخص الذى يحسن الإصغاء.

والإرشاد عن طريق الهاتف هو إرشاد متمركز على الشخص (الحالة). هذا الشخص هو الذى ينبغى أن يتخذ قراراته من خلال ذلك الإرشاد غير المباشر، فالأشخاص الذين يعيشون خبرة صدمية (أزمة)، إنما يشعرون أيضاً بنوع من العجز. إزاء الظروف

الضاغطة التى يعانونها.ولذلك فمن الضرورى مساعدتهم على استعادة قدراتهم على توجيه حياتهم وفعالياتهم فيها، وعلى ضبط هذه الحياة كى ينتظموا فى نسق هذه الحياة.

وهنا فإن المرشد / الإخصائى لايمكنه أن يفيد الشخص (الحالة) إذا اتخذ قرارات له أو قام بتوجيه أفعاله وتصرفاته، ولكن الدور الفعال للمرشد / الإخصائى يتوجه إلى أن يقدم للشخص سنداً بدون أن يوجه له أحكاماً، كما يقدم له المعلومات الدقيقة، ويعمل على إنمائه وعلى تعزيز استقلاليته.

ولذا يسعى المرشد / الإخصائى إلى أن يوفر أمام الشخص (الحالة) خيارات مختلفة حتى يستطيع الشخص (الحالة) أن يدرك موقفه بوضوح أكثر وأن يستبصر الاحتمالات والتوقعات المختلفة، ومن ثم يتخذ قراراته لما يأتى به من أفعال وتصرفات بناء على معرفة ودراية.

وينبغى أن نؤكد فى هذه الشأن على عدة خصائص تساعد على فاعلية الإرشاد والتى لاتتطلب بالضرورة أن تكون موضوعاً للتعلم. فالكثير من الإخصائيين فى هذه الخدمات يمكنهم بالفعل أن ينموا هذه الخصائص فى أنفسهم. فالقدرة على ممارسة الإرشاد بفاعلية من خلال الهاتف إنما تتوقف على ما لدى الإخصائى من قيم أساسية ومن نظام المعتقدات التى تتجسد فى أخلاقياته المهنية:

فالمرشد الجيد ينبغى أن يحترم الآخرين، ويتضمن ذلك الاعتقاد فى قيمة كل شخص وفى كرامته، كما يتضمن تقدير الفروق الفردية ما بين شخص وآخر.

والمرشد الجيد لايفرض معتقداته واتجاهاته الخاصة على الآخرين ؛ فالإرشاد الفعال يقوم على الاستشفاف الوجدانى للآخرين، وعلى الدفء غير التملكى الذى ينبع من الاهتمام الصادق بالآخرين.

وتأسيساً على ذلك، فإن الإخصائيين العاملين فى خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف، مطالبون بعدة مهام ومسئوليات مهنية محددة:

1- أن يتعرفوا طبيعة الصعوبات/ المشكلات التى يطلب المواطنون مساعدة بشأنها، ومتلازمات هذه الصعوبات أو المشكلات من خبرات غير مواتية أو من أحداث صدمية.

2- أن يتعرفوا الصور الذهنية وأساليب التفكير عند هؤلاء الأشخاص وكيف يدركون ويفسرون حالتهم وظروفهم.

3- أن يفهموا المشاعر والانفعالات والعواطف التى يعبر بها هؤلاء الأشخاص عن خبراتهم، وعن آلامهم وآمالهم، وعن معاناتهم ومدى تحملهم.

4- أن يقروا بأن كل شخص يمكن أن يتعرض لدرجة من الاضطراب، وأن كل إنسان منا قد يحتاج إلى مساعدة بشكل أو بآخر لاستعادة توازنه ودعم استقراره.

5- أن يحددوا الحاجات الإنمائية والإرشادية لهؤلاء الأشخاص الساعين إلى طلب خدمات المساعدة من مكتب الإنماء الاجتماعى من خلال مهارات الإصغاء الجيد، والاستشفاف الوجدانى، والتوكيدية فى التواصل معهم.

6- أن يقروا بضرورة وجود الحدود المهنية والمسافات الاجتماعية النفسية بينهم وبين هؤلاء الأشخاص، ومن ثم ينظموا تلك الحدود والمسافات بينهم بطريقة ملائمة بناء على المبادىء الأخلاقية لمهنة الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين.

7- أن يعترفوا بالحاجة إلى تبادل المشورة والخبرة فيما بينهم كشبكة مهنية فنية تعاضد عمل بعضها البعض.

8- أن يتمكنوا من التمييز بين الحقيقة والوهم فيما تطرحه الحالات من صعوبات أو مشكلات.

9- أن يحددوا موضع الحالة

ودينامياتها داخل الأطر الاجتماعية والاقتصادية والثقافية فى المجتمع.

10- أن يبدوا فهما لتأثير الخبرات الصدمية على الشخص، وكذلك على الأشخاص القريبين منه.

11- أن يستخدموا الطرق والإجراءات الفنية المناسبة فى تقديم خدمات المساعدة للحالة.

12- أن يلتزموا فى كل مراحل وأساليب العمل مع الحالات بالأخلاقيات المهنية للإخصائيين النفسيين والاجتماعيين.

13- أن يلتزموا فى كل ممارساتهم المهنية برسالة"مكتب الإنماء الاجتماعى". وبمبادىء وطرق العمل به.

نموذج لعملية الإرشاد عن طريق الهاتف:

تتحدد الغاية هكذا من "الخدمة الإرشادية عن طريق الهاتف" فى تقديم "المساعدة" من خلال إخصائيين مهنيين أو متطوعين مدربين للأشخاص الطالبين للمساعدة من خلال التواصل اللفظى - عن طريق الهاتف كوسيط اتصالى غير مباشر - لتمكينهم من المواجهة الفعالة Effective Coping للأزمات ولضغوطها.

ومع تنوع خبرات خدمات الإرشاد عن طريق الهاتف فى أمريكا وأوربا وتعدد أهدافها ومجالات اهتماماتها، إلا أن فاعلية هذه الخدمة ترتكز على أركان أساسية تؤلف استراتيجية التدخل الإرشادى عن طريق الهاتف لحل أزمات الحياة ولمواجهة ضغوطها، وهذه الأركان هى: (ليستر 1977، موتو 1979، شتاين ولامبرت، 1984، فولكان ولازاروس وآخرون 1986، اكترلنج وهارتسو 1989 وغيرهم):

1- بناء الاتصال النفسى: وقوامه التلامس مع المشاعر والانفعالات التى يعبر بها الشخص عن حالته. وعلى أساس من الإصغاء الوجدانى الفعال لكل من المشاعر والحقائق، ومن الفهم والتقبل للحالة، ومن العمل على "التهدئة" لخفض حدة التوتر

والاضطراب.

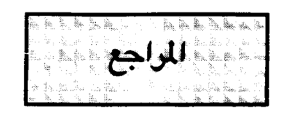
2- استكشاف المشكلة: فتركز العملية الإرشادية على الماضي القريب، وعلى الوضع الراهن للحالة من حيث طبيعة الشكوى ونواحي الاضطراب ومظاهرها الجسمية والانفعالية والمعرفية والاجتماعية والسلوكية، وكذلك على ما لديها من مصادر قوة داخلها لتحمل الضغوط أو مصادر من خارجها في بيئتها تعينها وتساندها على حل المشكلة، وفي هذه المرحلة من العملية الإرشادية يكون الهدف الأساسي هو تحديد الحاجات الإرشادية وترتيب أولوياتها.

3- استبصار الحل الأمثل: ويقوم على طرح البدائل المختلفة من خلال أسلوب الإرشاد غير المباشر أو المتمركز حول الحالة، وحيث تستبصر الحالة الحل الأفضل، معه التركيز على ايقاظ "المسئولية" عند الشخص الطالب للمساعدة.

4- اختبار الحل أو اتخاذ إجراء عملي: وذلك وفقاً لهدف محدد ومتفق عليه، مع تقديم "المعززات" و "معلومات التغذية الراجعة" لإقرار وتعزيز النهج الإيجابي الذي تبديه الحالة.

5- متابعة التقدم وفقاً لخطة أو لاتفاق منظم: وعلى أساس من "الاتصال المفتوح" بين الاخصائي والحالة.

هذه الأركان الأساسية في تقديم الخدمة الإرشادية الهاتفية هي في تتابعها وتكاملها تمثل "النموذج" الأساسي لاستراتيجية التدخل في أزمات الحياة وفي مواجهة الضغوط.



المراجع

1- تقرير نادى روما الدولى: التعلم وتحديات المستقبل، أعده جيمس بوتكن وآخران، وترجمه إلى العربية عبد العزيز القوصى. القاهرة: المكتب المصرى الحديث، 1981.

2- أ. توفلر: صدمة المستقبل. ترجمة: محمد على ناصف. القاهرة: دار نهضة مصر للطبع والنشر، 1974.

3- American Psychological Association. Standards of Ethical Behavior for Psychologists. American Psychologist, 1985, 13, 266-71, Revised in proposals of 1975

4- Brammer, M.B., V. Shostrom, E. L. Therapeutic Psychology Fundamentals of Counseling and Psychotherapy. New Jersy: Prentice-Hall, Inc. 1977.

5- Echterling, L. G. & Hartough, D.M. Phases of Helping in Successful Crisis Telephone Calls. Journal of Community Psychology, 1989, 17, 249-257.

6- Erickson, E.H. Childhood and Society, New York: W.W. Norton, 1963.

7- Folkman, S., Lazarus, R.S., et al., Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping,

and Encounter Outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 1986, vol. 50, no. 5, 992-1003.

-8 Holmes.T.H., & Rahe, R.H., The Social Readjustrment Rating Scale, Journal of Psychosomatic Research, 1967, 11, 213-218.

-9 Lester. D. The Use of the Telephone in Counseling and Crisis Intervention. In Ithie De Sola Pool (ed.), The Social Imapct of the Telephone. Boston: MIT Press, 1977.

-10 Motto, J.A. New Approaches to Crisis Intervention. Suicide and Life Threating Behavior, 1979, 9, 173-184.

-11 Stein, D.M., & Lambert, M.J. Telephone Counseling and Crisis Intervention: A Review. American Journal of Community Psychology, 1984, 12, 1, 101-126.

-12 Viney, L.L. The Concept of Crisis: A Tool for Clinical Psychologists. Bulletin of the British Psychological Society, 1976, 29, 387-395.



شكراً لمكتب الإنماء الاجتماعي،

جاء في "الدستور الأخلاقي" للرابطة الأمريكية لعلم النفس:" إن منتهى الولاء والإخلاص للأخصائيين النفسيين ينبغي أن يكون للمجتمع، وأن يكشف سولكهم المهني عن وعي بمسؤولياتهم الاجتماعية".

ويرتبط ذلك بتلك الحقيقة عن تزايد الطلب وتعاظم الحاجة إلى خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في المجتمع المعاصر.. في الأسرة، والمؤسسات التعليمية والثقافية، والوكالات الاجتماعية المختلفة وهو مايفرض علينا أن نبذل كل جهد في تنظيم معرفتنا، وفي توظيف خبراتنا ومهاراتنا، وفي اكتشاف طرق جديدة في ممارساتنا باعتبارها مهن تقديم المساعدة للآخرين.

هناك اهتمام متزايد للناس في العالم، ليس فحسب في أن يعيشوا حياة أكثر استقراراً وأرتياحاً في التعامل مع مشكلاتهم الحياتية، وفي مواجهة ضغوط الحياة، ولكن أيضاً في تحسين فاعليتهم الإنسانية وفي تحقيق إمكاناتهم الحقيقية، ومن ثم فإن الحاجة إلى هذه الخدمات تضع الإرشاد والعلاج النفسي داخل إطار أكثر اتساعاً وأكبر عمقاً من مجرد حل المشكلات الشخصية أو التخطيط للمستقبل دراسياً ومهنياً. فالناس يريدون المساعدة التي تتعلق بمجالات متعددة من الاهتمامات المتعلقة بالمعنى من الحياة والوجود والمستقبل، وكذلك بتعلم مهارات الحياة والتعامل مع المشكلات والضغوط.

إن العصر الذى نعيش فيه هو عصر التغيرات، والذى أدى إلى وجود معضلة تنبثق مما يعرف بـ "الفجوة البشرية" وهى تلك المسافة التى تقع بين التعقد المتزايد للمشكلات وقدرتنا على مواجهتها، وهى فجوة بشرية لأنها فجوة بين ما نصنعه ونوجده من معتقدات، وبين تخلفنا فى إنماء قدراتنا على مواجهتها. إننا نعيش بذلك حياة تتصف بالمخاطرة والتعقيد، فى حين أن تفكيرنا وسلوكنا ونزاعاتنا أو اتجاهاتنا منعدمة الصلة بما فى عصرنا هذا من مخاطر وتعقيدات.

بالإضافة إلى ذلك إن أزمات الحياة وضغوطها تحتل ركناً أساسياً من أركان الوجود الإنسانى وخاصة فى المجتمع المعاصر، بل إن مفهوم أزمات الحياة وضغوطها هو حجر الزاوية فى أى فهم منظم للنمو وللإنماء الإنسانيين.

من هنا نرى الموقع الفعال لتقديم الاستشارة الهاتفية، وبالتالى تصبح ركناً أساسياً لخدمات الإرشاد النفسى، لقد أصبحت الخدمات الهاتفية من أساسيات هذا العصر.

نتطرق إلى جانب أخر، إن النمو الإنسانى هو سلسلة من الأزمات المحتملة، ويؤكد الخبراء فى إرشاد وعلاج الأزمات على أن الإنسان الذى يعيش أزمة الحياة ماهى إلا نهاية سلسلة طويلة من أزمات طويلة،أى هو الحدث البسيط الظاهر فى نهاية سلسلة طويلة من الأحداث الضاغطة التى تجهد وتستنزف طاقاته النفسية، لهذا يعد التعرف على العوامل أو الأحداث "المرسبة" توجهاً أساسياً فى التدخل الوقائى للأشخاص وحمايتهم من التأثيرات السالبة المتوقعة من ضغوط الأزمة وما بعد الأزمة. هذا التوجه الوقائى هو جوهر استراتيجيات التدخل فى أزمات الحياة، لأن منشأ الأزمة يكون مرتبطاً بحدث ما فى حياة الفرد. وهنا ينبغى أن نضع فى الاعتبار عدداً من العوامل التى يتوقف عليها تأثير حدث معين من أحداث أو أزمات الحياة على الفرد.

ولهـذا يحـرص الخبراء فى إرشـاد وعلاج الأزمـات على تحـديد التغيرات الأسـاسية أو الكبرى فى الحيـاة كـأحداث ضاغطة تتطلب تدخلات وقـائيـة. ومـن المحاولات الأسـاسية التى قام بها بعض العلماء قائمة تحصر الأحداث الضاغطة فى الحياة وما تستدعيه تلك الأحداث من تغيرات فى الأفراد وفى اضطراب حياتهم، ومنها:

موت الأب أو الأم، مـوت الـزوج أو الـزوجة، مـوت أحد الأخوة، مـوت أحد الأبنـاء، تغير فى الحـالة المادية، الطلاق، خسـارة اقتصـادية، التعرض لإصـابة أو حادث أو مـرض، مشكلات أو انحـرافات جنسيـة، الزواج، الحمل، الاضطـراب فى العلاقـة بين الـزوجين، مـوت صـديق عزيز، تغيرفى ظـروف العمـل، تغير فى مسـؤوليات العمـل،ميلاد طفـل جديد، ديون زائدة، مخـالفات قـانونيـة، إنجـاز شخصـى فائق، تغير فى ظروف الحيـاة، تغير فى الإجازات الأسبـوعية، تغير فى العلاقـات الاجتمـاعية، التحـاق الـزوجة بالعمـل، بداية مـرحلة دراسيـة، نهـاية مرحلة دراسية، اضطـرابات مـع الرؤساء فى العمل، اضطرابات مع المعلمين، تغير فى السكـن، تغير فى المدرسـة، تغير فى التخصص، تغير فى الأنشطة الاجتماعية، تغير فى عـادات النـوم أو الأكـل، فشـل دراسى، فشـل فى العمـل، زواج أحد الأبنـاء، فقـدان صـداقة، وجود فـرد فى الأسرة يعـانى مـن مشكلـة، أحداث أو ظروف أخرى.

وهـذه القائمة يمكن استخـدامها فى بحـوث مسحية لتقـدير الأوزان النسبيـة لهذه الأحداث الضاغطة من حيث درجة تأثيرهـا على الأفـراد والأسر فى المجتمـع الكويتى.

الإرشـاد عـن طـريق *الهـاتف*: استراتيجية فعالة للتدخل فى أزمات الحياة:

يعكس تطور آفاق العمل وفنونه فى مجـالات الإرشـاد والعلاج النفسى استجـابة مـن الالتـزام والمسـؤوليـة إزاء تحديات العصر وضغوط الحياة فيه على الفرد والمجتمع.. ولعل ذلك يفسر تعـدد وتنـوع مدارس ومناحى الإرشاد والعلاج

النفسى واتساع مجالات خدماته من حيث الكم، كما يفسر تطور أساليبه وفنياته من حيث الكيف فى تقديم هذه الخدمات على أسس مهنية راقية من المساعدة ومن فعالية هذه المساعدة.

ويعد الإرشاد عن طريق الهاتف دالة لتلك الآفاق المتنامية لخدمات الإرشاد والعلاج النفسى ولفنياتها وتكنولوجياتها وإدارتها على المستوى المجتمعى. هذه الخدمات الإرشادية عن طريق الهاتف قد صارت من الاتساع والشمول والفاعلية إلى الحد الذى جعل من الإرشاد عن طريق الهاتف نظاماً معمماً فى أمريكا وأوروبا واليابان، وهو ما تتأكد معه الجدوى من العمل بهذا النظام.

من مزايا وخصائص استخدام نظام الإرشاد عن طريق الهاتف:

* أنه وسيط اتصالى يعتمد أساساً على التفاعل اللفظى بين المرشد وبين المسترشد، وليس على التواصل وجهاً لوجه.
* وأن طالب التليفون يشعر بالحرية فى التفاعل وفى الطرح، وكذلك فى إنهاء تلك العلاقة الإرشادية أو العلاجية فى أى وقت يشاء.
* إن هوية الشخص الطالب للهاتف تكون مجهولة، وهذا يؤدى إلى تيسير الكثير فى عملية الإرشاد.
* كما أن هوية الأخصائى غير معروفة مما ييسر من عمليات الطرح الإيجابى.
* يقلل الإرشاد الهاتفى من اعتمادية الشخص على الأخصائى، ويزيد م الاعتماد على الذات ومن إمكانات إنماء المسؤولية والتوجيه الذاتى.
* ينفرد نظام الخدمة الاستشارية الهاتفية بأنه سهل المنال لكل الناس الذين لايستطيعون التردد على عيادات نفسية أو مراكز أو مكاتب للإستشارة النفسية بسبب بعض العادات والتقاليد أو الاتجاهات السلبية نحو العلاج النفسى، أو بسبب التكلفة المادية.
* كما تنفرد الخدمة الاستشارية

الهاتفية بأنها نظام مفتوح يعمل فى كل وقت، وفى أى وقت، خلال الأربع والعشرين ساعة يومياً.

* تبرز قيمة هذا النظام إذا وضعنا فى الاعتبار طبيعة هذا العصر من ضيق الوقت وعبء الجهود وتزاحم الأعباء والمطالب التى يعيشها الناس مع مواقف الحاية اليومية الضاغطة.
* إن أزمات الحياة غالباً ما تنشأ فجأة، فهى تنطوى على تزايد احتمالات الخطر المرتفع والآنى للأفراد والأسر، الأمر الذى يتطلب نوعاً من التدخل السريع أوالإسعاف النفسى، وهو ماتتيجه طبيعة نظام العمل على الخط الساخن.
* أنه يجعل عمليات وإجراءات المتابعة للحالات ميسورة وفعالة.

هذه المزايا التى يتفرد بها نظام الخدمة الاستشارية الهاتفية تكمن وراء تطور حركة الإرشاد عن طريق الهاتف، وبشكل سريع منذ الخمسينات حتى أنه تكاد لاتخلو مدينة فى أمريكا وأوروبا من مركز أو عدة مراكز لتقديم خدمات متنوعة للإرشاد عن طريق الهاتف. وإذا وضعنا فى أولويات اهتماماتنا تلك التأثيرات الناجمة عن العدوان العراق الغاشم على دولة الكويت، وهى تأثيرات صدمية شاملة لكل المجتمع يتوقع أن تستمر لفترة ليست بالقليلة من الزمن، فإن قيمة هذا النمط المتطور من الخدمات الإرشادية من خلال الهاتف تعد خدمات واعدة بقدر ما أثبتت التجارب ونتائج البحوث.

الكفاءات المهنية للإخصائيين العاملين فى الإرشاد عن طريق الهاتف:

الإرشاد عن طريق الهاتف هو إرشاد متمركز على الشخص (الحالة)، هذا الشخص هوالذى ينبغى أن يتخذ قراراته من خلال ذلك الإرشاد غير المباشر.

إن المرشد لا يمكنه أن يفيد الشخص اذا اتخذ قرارات له أو قام بتوجيه أفعاله وتصرفاته، ولكن الدور الفعال للمرشد الأخصائى يتوجه فى أن يقدم للشخص سنداً دون أن يوجه له

أحكاماً، كما يقدم له المعلومات الدقيقة، ويعمل على إنمائه وعلى تعزيز استقلاليته.

يسعى المرشد لكى يوفر أمام الشخص خيارات مختلفة حتى يستطيع أن يدرك موقفه بوضوح أكثر وأن يستبصر الاحتمالات والتوقعات المختلفة ومن ثم يتخذ قراراته لما يأتى به من أفعال وتصرفات بناء على معرفة ودراية.

القدرة على ممارسة الإرشاد بفاعلية من خلال الهاتف إنما يتوقف على ما لدى الأخصائى من قيم أساسية ومن نظام معتقدات يتجسد فى أخلاقياته المهنية، فالمرشد الجيد ينبغى أن يحترم الآخرين، ويتضمن ذلك الاعتقاد فى قيمة كل شخص وفى كرامته، كما يتضمن تقدير الفروف الفردية مابين شخص وأخر. والمرشد الجيد لايفرض معتقداته واتجاهاته الخاصة على الآخرين.. فالإرشاد الفعال يقوم على الاستشفاف الوجدانى للآخرين، وعلى الدفء غير التملكى الذى ينبع من الاهتمام الصادق بالآخرين.

الإخصائيون العاملون فى خدمة الإرشاد عن طريق الهاتف مطالبون بمهام ومسؤوليات مهنية:

* أن يتعرفوا على طبيعة الصعوبات التى يطلب المواطنون مساعدة بشأنها، ومتلازمات هذه الصعوبات من خبرات غير مواتية أو من أحداث صدمية.
* أن يتعرفوا الصور الذهنية وأساليب التفكير عند هؤلاء الأشخاص وكيف يدركون ويفسرون حالتهم وظروفهم.
* أن يفهموا المشاعر والانفعالات والعواطف التى يعبر بها هؤلاء الأشخاص عن خبراتهم، وعن آلامهم وآمالهم وعن معاناتهم ومدى تحملهم.
* أن يقروا بأن كل شخص يمكن أن يتعرض لنوع من الاضطراب ويحتاج للمساعدة لإستعادة توزانه.
* أن يحددوا الحاجات الإنمائية

والإرشادية لهؤلاء الأشخاص من خلال مهارات الإصغاء الجيد، والاستشفاف الوجدانى، والتوكيدية فى التواصل معهم.

* أن يقروا بضرورة وجود الحدود المهنية والمسافات الاجتماعية النفسية بينهم وبين هؤلاء الأشخاص، ومن ثم تنظيم تلك الحدود بطريقة ملائمة بناءعلى مبادىء الأخلاقية المهنية لمهنة الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين.
* أن يعترفوا بالحاجة إلى تبادل المشورة فيما بينهم كشبكة مهنية فنية.
* أن يتمكنوا من التمييز بين الحقيقة والوهم فيما تطرحه الحالات من صعوبات أو مشكلات.
* أن يحددوا موضع الحالة داخل الأطر الاجتماعية والاقتصادية والثقافية فى المجتمع.
* أن يبدوا فهماً لتأثير الخبرات الصدمية على الشخص وعلى القريبين منه.
* أن يتسخدموا الطرق والإجراءات الفنية المناسبة فى تقديم خدمات المساعدة للحالة.
* أن يلتزموا بأخلاقيات المهنة فى جميع المراحل.
* أن يلتزموا برسالة مكتب الإنماء الاجتماعى وبمبادئه وطرق العمل بها.

عملية الإرشاد عن طريق الهاتف:

تتحدد الغاية من عملية الإرشاد عن طريق الهاتف فى تقديم المساعدة من خلال أخصائيين مهنيين أو متطوعين مدربين للأشخاص الطالبين المساعدة من خلال التواصل اللفظى عن طريق الهاتف لتمكينهم من المواجهة الفعالة لأزمات الحياة وضغوطها.

وترتكز فاعلية هذه الخدمة على أركان أساسية هى:

بناء الأتصال النفسى: وقوامه التلامس مع المشاعر والانفعالات التى يعبر بها الشخص عن حالته، وعلى

أساس من الإصغاء الوجدانى الفعال لكل من المشاعر والحقائق، والعمل على التهدئة لخفض حدة التوتر والاضطراب.

استكشاف المشكلة: تركز العملية على الماضى القريب وعلى الوضع الراهن للحالة من حيث طبيعة الشكوى ونواحى الاضطراب ومظاهرها الجسمية والانفعالية والمعرفية والاجتماعية والسلوكية وكذلك على ما ليدها من مصادر قوة من داخلها لتحمل الضغوط، أو من خارجها فى بيئتها تعينها وتساندها على حل المشكلة.

استبصار الحل الأمثل: يقوم على طرح البدائل المختلفة من خلال أسلوب الإرشاد غير المباشر مع التركيز على إيقاظ المسؤولية عند الشخص الطالب للمساعدة.

اختبار الحل أو اتخاذ اجراء عملى: وذلك وفقاً لهدف محدد ومتفق عليه.

متابعة التقدم وفقاً لخطة أو لاتفاق منظم: وعلى أساس من الاتصال المفتوح بين الأخصائى والحالة.



المناقشات والتعقيبات

أ. عبلة عبد الهادى:

أين دور الأخصائى الاجتماعى؟ خاصة وأن بعض المشاكل التى قد تطلب من الخدمة الهاتفية يكون لها دور كبير.

د. محمد الموسوى:

هناك أفكار خاطئة ومسيطرة على معظم عقول الناس، وهناك حاجز وترسبات من الطفولة والتنشئة الاجتماعية بحاجة إلى تغيير ودراسة بالإضافة إلى عدم الثقة بالعلاج النفسى. عملت مع الدكتور العصفور بمعالجة الأطفال من سن الولادة وحتى ثلاث سنوات، وهنا لايستطيع الطفل الكلام فنلجأ إلى الأم لكى تشرح لنا ماحصل لهذا الطفل أثناء العدوان الغاشم، وعن عدد الأولاد وعن ترتيب هذا الطفل بينهم، هذا كله مهم. والأكثر أهمية تغيير الفهم والتفكير لدى الناس لكى يرسخ فى أذهان الأطفال.

من خلال علاقاتى مع مراكز العلاج النفسى ألاحظ بعض الناس يشرحون للطبيب حالة على أنها حالة غيرهم وهى فى الحقيقة حالتهم، ولكنهم يخجلون أن يقولوها للطبيب.

د. أحمد جعفر:

كل إنسان يمر بمشكلة ويخرج منها معافى، ولكن هذا لايعنى أنها لم تترك تأثيراً فى نفسه، إنما يبقى جزء منها مثل الثعبان والجمرة. ونحن كمتعلمين وصلنا إلى أعلى الدراسات نقع فى كثير من هذه المشاكل، فما بالك

بالشخص العادى فمن الممكن أن يقع فريسة سهلة فيها.

لقد لفت انتباهى العلاج المتمركز نحو المريض، ولكن من خبرتى أجد أن بعض الدارسات تستند إلى ثلاث عمليات هى: عملية الاستطلاع والفهم والعمل، ولم أجد ما يستند إلى نظرية العملية النفسية التى ذكرتها. هل الاستشارة سوف تكون شاملة أم نوعية؟

د. أميرة:

بالنسبة للاستشارة النفسية هى نوع من المقاومة من العميل، فلابد أن تتوافر الثقة ويشعر بالدفء بينه وبين المعالج، ولا يجب التوقف عند مكالمة وإنما بعد فترة واستمرار فى المعالجة، ففى رأى الاستشارة الهاتفية لابد أن تأخذ اتجاهين، اتجاه للعلاج النفسى. وتكون الخطوة الأولى إقناع المريض بزيارة الطبيب، مثل أن أقول له بأن القلب يمرض والكبد أيضاً وأى عنصر من أعضاء الجسم معرض للمرض كذلك المشاعر تئن أيضاً، وبالتدريج أقنعه بزيارة الطبيب . هل جميع الاضطرابات النفسية قابلة للاستشارة عن طريق الهاتف؟

د. باتريك:

إن أحد الأهداف الرئيسة هو تخطى حاجز الخجل والإحراج فى الوصول إلينا، فإن الحديث عبر الهاتف أسهل بالنسبة لنا. وأعتقد أن من المهم أن نعكس لهؤلاء الأشخاص أن الأعراض الصدمية ليست من علامات الضعف فى شخصياتهم، وأن ردود الأفعال هذه هى نتيجة للصدمات التى تلقوها، فإذا ماحدثت صدمة شخصية فإن 90% من الناس تحدث لهم صدمة نفسية.

وأعتقد أنكم سوف تحققون نجاحاً من خلال الخط الساخن، ومما سأعرضه فى جلسة الغد أننا باستخدام الخط الساخن فى الولايات المتحدة وجدنا أن 5-10% يستخدمون الخط الساخن من مجموع السكان، وهذا ينطبق فى الكويت.

إنني أتفق مع الدكتور لطفي في النقاط التي طرحها بالنسبة للحاجة إلى الاستماع الفعال والقيام بالعلاج المختصر إذا مارسنا أنماط العلاج بالهاتف.

أ. عائشة اليحيى:

أطرح مشكلة زوجة مع زوجها، فقد حصلت لتلك الزوجة كارثة أيام العدوان عندما كانت بنتاً، وبعد ذلك تزوجت، وبعد فترة أصبح زوجها ينظر إليها نظرة مختلفة، وذهب إلى نساء أخريات. وتلك الزوجة تنتظر بلهفة الخدمة الإرشادية الهاتفية.

هناء المسلم:

أرى أن الخدمة الهاتفية فيها خدمة تعويضية عما أفتقده في الخدمة الشخصية، وهذا يثير السؤال عن جامعة الكويت وعن وجود كوادر ذات تخصص عال.

هل يجب أن يكون المعالج والمريض من نفس الجنسية؟ أم من الممكن أن يكونوا من جنسيات مختلفة؟ فإذا كانت مختلفة فهل سنفهم لهجة المريض؟

نعم بلاشك إن كان المعالج من نفس الثقافة واللغة والفكر والديانة فإن العلاج سيكون مناسباً وفعالاً أكثر، والخليج متقارب في كل شيء، وهذا يختلف عندما نتكلم مثلاً عن مصر فإننا سوف نبعد قليلاً.

بالنسبة للاضطرابات النفسية بعد الأزمة، هناك دراسة في مركز الرقعي تقول: توجد ثلاثة تشخيصات رئيسة: الاضطراب النفسي، والضغط، والقلق، وقد اخذ الاضطراب النفسي تقريباً 86% من التشخيصات بالنسبة للأعراض فإن الاتجاهات الأربعة للنظام موجودة ومشابهة لتلك الموجودة في الاضطراب النفسي.

د. فيولا:

بالنسبة لوظيفة الأخصائيين الاجتماعيين في الخدمة الهاتفية، بعض الاستشارات الموجودة في الورقة قد تتضمن الجانب الاجتماعي وليس النفسي فقط، ويوجد إخصائيون اجتماعيون للرد على تلك الاستشارات.

بالنسبة للمتطوعين فالحقيقة أن بعض هؤلاء المتطوعين ليسوا متخصصين بشكل دقيق وعميق، إلا أنهم يستطيعون المساعدة وبالتالى يحتاجون للتدريب المستمر.

بالنسبة لقناعة الإرشاد النفسى بالنسبة للخدمة الهاتفية، هناك قائمة فى الورقة ولكن ليس بالضرورة الأخذ بها، ولكن هذا نموذج من النماذج الموجودة.

أما عن الدراسات التى أجريت بالخارج، وضعتها للاسترشاد بها، وهذا يتطلب المزيد من البحث والخطط ومعرفة إلى أى حد يمكن الاستفادة من هذا النظام.

بالنسبة للأسباب التى تؤدى إلى ظهور الأزمة أشرت إلى أن الإرشاد بالهاتف ليس بالضرورة لحل الأزمة، ولكن يمكن أن يكون للإنماء. والأزمات المحتملة فى حياة الفرد بصورة عامة ليست بالضرورة أن تأتى عن حدث معين، ولكن نتيجة لطبيعة النمو ومراحله.

ليست الاستشارات الهاتفية للإرشاد فى حالة الاضطراب فحسب، ولكن للإرشاد فى الظروف العامة أيضاً كل مرحلة من مراحل الحياة فيها تغيير، طبيعة الانحرافات تختلف من مجتمع لآخر، وهذا يحتاج إلى دراسات.

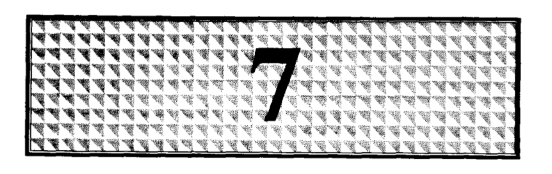
أما التساؤل الخاص عما وراء ما تطرحه الورقة من نموذج لعملية الإرشاد من نظرية: فالورقة تتضمن عدداً من المصادر التى تتناول اسهامات بعض العلماء والخبراء كأسس تقوم عليها تلك العملية النفسية الإرشادية وأركانها ومراحلها، وهى تجسد خبرات من الممارسة العملية القائمة أيضاً على أساس من نتائج دراسات وبحوث مختلفة.

بالنسبة لعدم الثقة بالإرشاد والعلاج والاتجاهات العامة من الاستهجان للذهاب للعلاج النفسى بصورة عامة، يمكن للاستشارة الهاتفية أن تحل الكثير من هذه المشكلات.

هل هناك جدوى من إدخال هذه الخدمة؟ إذا استطعنا أن نكسب الثقة نكون قد كسبنا الكثير وحققنا الجدوى، يجب ان يكون هناك تخطيط مسبق لهذه الخدمة. معرفة من هم المتطوعون والأخصائيون؟ وكيفية عملهم؟ وهل ستكون الخدمة على مدار ٢٤ ساعة؟

إذن يجب وضع خطة لهذا الموضوع قبل البدء به.


الجلسة السابعة



الخدمة الهاتفية فى إطار العمل الخاص

رئيس الجلسة : د. نضال الموسوى
المتحدث الرئيسى : أ.د محمد محمد شعلان

البحث

تطورت خدمة الطوارىء النفسية فى عيادة خاصة على مدار عدة سنوات ولما وجد أن هناك حاجة ماسة إليها من قبل الجمهور صارت تقنيتها والإعداد لها أمراً ضرورياً. خاصة مع تواكب تطوير العيادة الخاصة إلى مركز (شعادن) الصحة النفسية وربطه بمعهد مصر العربى للعلاقات الانسانية، شعبة العلاج النفسى - وهى تمثل الجانب التدريبى من الجمعية العلمية السرية للتدريب الجماعى (جماعى)- فكان لابد من تنظيم العلاقة بين العمل الخدمى خدمة مقابل أجر والعمل التطوعى الخيرى.

وكـذلك الـربط بين الأضلاع الثلاثة للعمـل المهنى الخـدمى العلمى، بأن يكـون الانتفـاع دائرياً بين الخـدمة (الخـاصة) والتـدريب مـع البحـث العلمـى (أثنـاء الاداء) الـذى يرتقـى بمستوى الخـدمة والتدريب على السـواء.

كانت البداية ورود مكـالمات هـاتفية إلى العيـادة بعـد انتهاء سـاعـات العمـل، استقبلها المساعد الإدارى الذى كان عليه أن يكون موجوداً بشكل دائم بعـد انتهاء العمـل. وكـان الكثير من الطـالبين يبغـون الاستفسار فى أمور خاصة رغم علمهم أن المستجيب ليس بمعـالج. إلا أن مخـالطته للمعـالجين وانتظـامه فى حضـور الـدورات التـدريبية التـى كـانت تتـم بشكـل منتظـم لجميـع العـاملين وتنميـة مهارات التعـامل والتـواصل سـواء مـع العملاء أو فيمـا بينهـم (بهـدف بنـاء الفـريق) أكسبتـه القـدرة على حسـن الإنصات. والإنصـات، كمـا نعلـم، يشكـل عنصراً أسـاسياً فى العلاج النفسى وبنـاءً عليـه صـارت تلـك المكـالمات شبـه منتظمـة لـدرجة أن البعـض كان يتصل فيرد عليـه الطبيـب المعـالج فيطلـب منـه أن يحـوله ليتحـدث مـع المساعد الذى أنشأ معه علاقة هـاتفية لها وظيفة علاجية! كانت كـذلك ترد بعـض المكـالمات إلى المعالج فى ساعات متـأخرة من الليـل ممـن يصيبهـم الأرق ومـا يصـاحبه أحيـاناً مـن انشغـال بأفكار محـرمة سـواء ذات طـابع عـدوانى أو جنسى مبـاشر أو مغلـف، وهـى أمور قـد يصعب على الفـرد أن يعلـن عنهـا بشكـل مبـاشر فى مقـابلة وجهاً لوجه ولو كـان المنصت معـالجاً، أو قد تأخذ طابع المعاكسة الهاتفيـة التى تقع تحـت طـائلة القـانون علاوة على طلبـات كانت تأتى من أفــراد يصعــب عليهــم الـذهاب إلى عيادة طبيب نفسى لأسبـاب مختلفـة، منها عدم فهم العائل (الـزوج أو الأبوين) لشرعية اللجوء إلى معالج نفسى ومـا يحمله ذلـك من معـان مختلفـة (إنه لابد وأن يكــون لــديه سر وأنا الأولى بمعرفته عن ذلك الفرد، أو أن يكـون هذا السر ذا طــابع عــدواني مــوجه إلى وأن المعــالج ســوف يدعمــه فى التمــرد على سلطتـي، أو لأن الـذهاب إلى معـالج يعنـى

أننى لم أحسن تربيته ولم أوفر له الحب والثقة اللازمين لإغنائه عن الحاجة إلى التحدث مع غريب، أو ربما لأن الذهاب إلى الطبيب النفسي فيها مسحة من العار وإيحاء بالجنون أو لأن المسألة قد تكون مكلفة من حيث الوقت أوالمال أو المسافة الجغرافية، وغير ذلك من الأسباب). كانت تأتى بعض هذه المكالمات من خارج المدينة أو البلاد المجاورة بل أحياناً من الجانب الآخر من الكرة الأرضية كان بعضها تلقائياً والبعض الآخر مبنياً على اتفاق مسبق بأن تعتبر المكالمة مشورة بأجر.

وقد يطرح التساؤل عن جدوى مثل هذه المشورات المختصرة غالباً والناقصة من أهم وسائل التواصل وهوالتواصل المباشر الذى يتجاوز الصوت المسموع دون تشويش من الحلقات الوسيطة الالكترونية. ولعلى أسوق مثالاً بسيدة كانت قديمة التردد على طبيب نفسى لم يجد مع تمردها على حياتها وزوجها مخرجاً سوى إفحامها بالعقاقير المهدئة التى هدأت من ثورتها وأحلتها ولكن لم تتعرض لجوهرها فهى فى فحواها تعبير عن سلوك طفلى يرغب فى إبقاء حالة الشفاء مادام هذا يعطى المبرر للشكوى لطبيب يمثل الأب (أو الأم) الذى كان يسكنها بعملية تطبيب خاطر مكررة وكأنها طفلة تبكى لتحصل على كلمة حنان أو بديل كقطعة من الحلوى أو لعبة تمسكها قليلاً فتعاود الكرة، وتتحول العلاقة بين الطبيبة والمريضة إلى علاقة تكافلية تستنزف كل من المريض والمعالج على السواء. ولكن بلا تطور فى اتجاه شفاء أو نضوج عاطفى. ما فائدة الاستمرار فى مثل هذه العلاقة بالطرفين؟ وكان الرد أو العذر التقليدى - من أجل الاولاد (الأولاد قد يفضلون النشأة فى أسرة متجانسة أو أسرة ذات عائل وحيد فى حالة سكينة عن الحياة فى وسط معركة دائمة بين اثنين تؤدى إلى تقطع ولائهم لهما) أو لأن وجود أنيس ذكر ولو كان كريهاً؛ فيه حماية من انجذاب الذكور المستأذبة التى تطمع فى فريسة لا حامى لها (المرأة الشريفة قادرة على الدفاع عن نفسها بما

فى ذلك بإجادة فنون القتال اليدوى ناهيك عن السلاح إن لزم، وأن ظروف المعيشة قد فرضت نمطاً جديداً من السلوك لدى المرأة يجعل منها خير كفيل لها ولأولادها، مثل الهجرة الاضطرارية المؤقتة التى تجعل الرجل، وأحياناً المرأة أى منهما يترك الأسرة للبحث عن عمل خارج المدينة أو البلاد، ناهيك عن زيادة نسبة الترمل والطلاق وتأخر سن الزواج). كانت هذه الاستجابة شبه الباردة فى حياتها بمثابة الصدمة التى أفاقت المريضة على مدى مسئوليتها عن حالة الشفاء التى أتت بها على نفسها، وانقطعت عن الاتصال لمدة ما يقرب من عام. ثم حضرت لمقابلة المعالج مباشرة وقد مرت بمحاولة جادة لإصلاح علاقتها الزوجية أيقنت بعدها أنها قد استنفدت كل ما لديها من حيل ومحاولات، فقررت الطلاق وأتمته، وحضرت من أجل العلاج بمعنى النظر إلي الداخل بغية معرفة ما الذى بها من قصور جعلها تقبل المهانة التى كانت تعيش فيها، بل تكاد تطلبها وتحث زوجها عليها كانت بالمواكبة مع هذه التطورات قد خفت حاجتها إلى كثرة الدواء الذى لم يمنع إلا حدة الألم ولكن على حساب قتل الإحساس بما جعلها تتحرك وتفكر كالإنسان الآلى وبدأت رحلة علاج طويلة أشبه بالجهاد الأكبر وهو مواجهة النفس. وعلى النقيض الآخر كانت ترد مكالمات فى منتصف الليل ممن قد تبدو أنها تعانى من جوع جنسى وتبحث عن إشباعه عن طريق الحديث الهاتفى، والاستجابة المتوقعة فى مثل هذه الحالات قد تبدو منطقية بأن تقطع المكالمة (أو فى حالة المستجيب الذى يعانى من نفس الجوع أن يتبادل الاستمتاع والإشباع السمعى، إلاأن المعالج النفسى الفطن قد يسمع وراء الألفاظ معاناة امرأة وحيدة تقاوم فعل الرذيلة بأن تستعيض عنها بالكلام، ولعله أقل الشرين. فإذا ما أوصل لها تقبله لهذا القناع الذى يبدو عدوانيا جنسياً وتقديره لإحساسها بالوحدة ومقاومتها للرذيلة بهذه الطريقة، كشفت عن معاناتها الأصلية وتقبلت حاجتها للعلاج

من هذا السلوك الظاهر الانحراف.

وغير ذلك من أمثلة صارت محل نقاش فى الحلقات الدراسية التى كانت تتم فى المركز بصفة دورية. وكانت بالتوازى تدور مناقشات فى الندوات الثقافية المفتوحة التى تقيمها الجمعية (جماعى) حول أثر الموجة الحضارية التكنولوجيه الثالثة كما وصفها الفن توفلر (يشار إليها أحياناً بعصر المعلومات أو الاتصالات أو التكنوتزونى أوعصر ما بعد الصناعة). فأثير ضمن ما أثير كيف يمكن أن تكون الاتصالات الهاتفية بديلاً سريعاً نظيفاً للانتقال المباشر من أجل الحصول على خدمة ما. (فالانتقال المباشر يواكبه معاناة استخدام المواصلات وما يترتب على ذلك من إضافة للتلوث الكيميائى والصوتى والتوتر الذى أصبح من آفات المجتمع المدنى) كما أن العزلة والتفكك الأسرى (الذى قطع أواصر الأسرة المتدة وكرس نمط الأسرة النووية، وقلص من المساحات السكنية ناهيك عن المساحات الخضراء التى تمثل ضرورة صحية بدنية ونفسية على السواء) جعلت من الهاتف بديلاً سريعاً، (وإن افتقد الكثير من مزايا الاتصال المباشر) لما كانت توفره الأسرة، بل إنه أتاح إمكان إيجاد مفهوم جديد للأسرة لا يرتبط بالقرابة أوصلة الرحم فالأسرة بهذا المعنى الحديث رباط وجدانى وروحى غالباً يجمعه هدف أو معنى، بينما القرابة قد تكون مجرد تجمع لمن بينهم تنافس وعداء يستوجب الحذر.

وطرحت فكرة توفير خدمة للعلاج النفسى الطارىء (أى للحالات التى تستوجب تدخلاً سريعاً) عن طريق توفير خط هاتفى إضافى للمؤسسة الخدمية، تقدم الخدمة فيها مجاناً، وهى ليست بدعة، إذ كانت قد وجدت فى بلاد أخرى (بدأت فى المملكة المتحدة بواسطة القس تشاد فارا تحت اسم السامارييين فى عامة 1953 ثم أنتشرت وصار لها فروع عديدة هناك، ثم فى الولايات المتحدة، حيث بدأت تأخذ طابعاً تجارياً وأحياناً

لا علاجياً - مثل تقديم خدمة للصدمات الطارئة التى كانت تصل إلى درجة الدعارة المقنعة والشرعية أحياناً).

ووضعت فرضيات للتجربة حول طبيعة الجمهور المنتظر استفادته من هذه الخدمة، الإنسان المشحون غضباً بما يجعله خطراً على ذويه الذين قد يستكبرون اللجوء إلى الشكوى إلى جهة رسمية أو إثارة فضيحة عائلية أو إجتماعية، الإنسان المكتئب الذى قد تراوده أفكار انتحارية، الإنسان الوحيد الذى يشعر بالملل ثم التوتر بما يجعله يلجأ إلى العقاقير، الإنسان الذى تعرض لخبرة جنسية يخجل من أن يبوح بها وجهاً لوجه ولو كان الآخر طبيباً معالجاً.

وتم رصد الحالات التى وردت إلى المركز عن طريق الهاتف على مدار عدة أشهر فى بداية التجربة ولكنها لم تحقق الفرضيات التى وضعت. وقد عرضت الإحصائيات المبينة لذلك فى البحث الذى عرضه د. سيد القط الذى كان المنفذ الأول لهذا المشروع. وكانت فى موجزها تتفق مع ما وصل إليه الطبيب هانى السبكى بدراسة خرجت منها رسالة ماجستير أسفرت عن النتائج الاتية: كان من بين المائتى مكالمة التى تلقاها على مدى ستة أشهر 60% من الذكور و 28.5 من الاناث. وكان 79% يعيشون مع ذويهم وأغلبهم يقع فى الفئة العمرية بين 20 و 39 سنة أما الدوافع الرئيسة للاتصال فقد كانت ذات صلة بالأغراض النفسية (غير الانتحار) بنسبة 55% ومشاكل جنسية 11% ومشاكل أسرية 55% ومعاكسات 115% كما أنه تابع عدداً من الحالات للأستفسار عن مدى استفادتهم من الخدمة وكانت الاستجابة إيجابية فى ٥٥٪ من الحالات، أما التوزيع التشخيصى فكان يغلب الانحرافات الجنسية 12.5% ثم المشاكل الاجتماعية خاصة ذات الطابع الاسرى 13% ثم الاكتئاب 12% ثم الاعتماد على العقاقير 11%ثم الفصام 65% ثم القلق 45%.

إلا أن الخدمة استمرت، واتضح

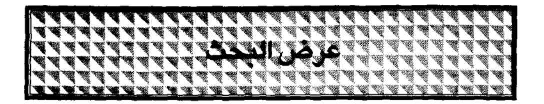
أنها تحقق أهدافاً جانبية لم تكن فى الحسبان. فرغم أن التعليمات كانت صارمة حول الحرص على الجانب الخيرى غير التجارى إلا أنه سرعان ما اتضح استحالة وضع هذا الفصل بصورة قاطعة فالمريض الذى وجد طمأنينة لمستجيب لندائه يصعب عليه، وقد كسر الحاجز النفسى الذى كان بينه وبين الطب النفسى، أن يذهب للعلاج إلى غير من اعتاد عليه، فيطلب الموعد لذلك مع المعالج الذى استقبله فى المقام الأول. وفى المقابل فإن المعالج الذى تلقى المحادثة بداية وهو مفترض أنها خدمة مجانية بمثابة الزكاة الواجبة عليه (بالعمل إذا لم يستطع تقديمها بالمال) تعود على أن يكون مخلصاً فى رغبته فى معاونة المريض، لا إيهامه بسوء حالته وضرورة قدومه للعلاج بشكل مباشر أو مقابل أجر (كان ضمن سياسة المركز أيضاً أن ينوه أنه على الرغم من كونه مؤسسة خاصة إلا أن ثمة إمكاناً لقبول بعض الحالات المجانية لمن لايستطيع دفع التكلفة) علاوة على أن ارتباط المركز بالمعهد (مصر العربى للعلاقات الإنسانية، شعبة العلاج النفسى) كان من أحدث شروط اتمام التدريب به هو القيام بنوبات لخدمة الطوارىء الهاتفية وعلاج بعض الحالات بالمجان، وتحت الإشراف المهنى من قبل ذوى الخبرة.

ومع نشر نماذج من هذه الحالات فى وسائل الإعلام المختلفة، بدأ يحدث تغيير فى نوعية وكمية المقبلين عليها. فكثرت الاستفسارات الجادة حول مواضع مهنية وطبية ربما فات على السائل أن يسأل عنها الطبيب المعالج فى حينها، كما كثرت المكالمات الواردة من خارج القطر، بل من خارج المنطقة العربية ذاتها، علاوة عن أن بعض الحالات كانت تأخذ الطابع العلاجى المدعم بالمتابعة طويلة المدى وما أسفر عن ذلك من نتائج مرضية معنوية للطرفين.

وقد زاد وانخفض الطلب على هذه الخدمة (حسب توافر الاعلام عنها حيث إن الاعلان عن خدمة مجانية لادعم لها من تبرعات أمر مكلف) عن مدى

السنوات التى استمرت فيها لدرجة أن صار أمراً ضرورياً أن يكون هناك طبيب مناوب يبيت فى المركز لتلقى المكالمات الليلية والتى كان البعض منها يحتاج إلى اللجوء المباشر للمعالج أو استدعاء للمنزل فى الحالات الحادة أو الخطرة.

نخلص من هذه الدراسة أن خدمة الطوراىء الهاتفية أصبحت مسألة ضرورية لتلبية احتياجات فئة من الجمهور وأنه لابد وأن تكون مجانية، على الأقل فى الحالات التى يكون الأمر طارئاً أو فى حاجة إلى مشورة أو على الأكثر علاج قصير المدى، أما فى الحالات الأقل حدة والمحتاجة إلى العلاج الأطول مدى؛ فالأمر يتطلب خطاً هاتفياً إضافياً يسمح بالإطالة فى المكالمة وتكرارها بحث لايحرم المحتاج إلى مشورة عاجلة من الحصول عليها فوراً وقبل أن يتضاعف قلق الانتظار. وفى هذه الحالات قد يتطلب الأمر وجود نظام هاتفى على النمط الأمريكى يسمح للمعالج من تحصيل أجره عن طريق مصلحة الهاتف بواسطة تسعيرة خاصة بهذا الخط، وألا يحتمل أن تتحول الخدمة إلى مجرد تسلية وملء لوقت فراغ. فهى تحقق عدة أغراض قد تبدو متناقضة، تحقيق الزكاة بالعمل كبديل للمال، كسر الحاجز بين الجمهور والطب النفسى، رفع سعة الجهة المقدمة للخدمة وزيادة الإقبال عليها، وتوفير الفرصة للتدريب على التعامل مع حالات صعوبتها غيار، الاتصال الشخصى المباشر بالمواجهة المرئية، وغير ذلك من منافع.



كانت البداية منذ ست سنوات، وبدأ ورود مكالمات هاتفية إلى العيادة بعد انتهاء ساعات العمل، يستقبلها المساعد الإدارى الذى كان عليه أن يكون موجوداً بشكل دائم بعد انتهاء العمل لأنه لايجد مكاناً للمبيت، كان الكثير من الطالبين يبغى الاستفسار عن أمور خاصة على الرغم من علمهم أن المستجيب ليس بمعالج، إلا أن مخالطته للمعالجين وانتظامه فى حضور دورات تدريبية كانت تعقد بشكل منتظم لجميع العاملين، أكسبته القدرة على تنمية مهارات التعامل والتواصل مع العملاء، كما أكسبته القدرة على الإنصات، والإنصات كما نعلم يشكل عنصراً أساسياً فى العلاج النفسى، فإذا كنت تريد أن تصبح معالجاً نفسياً يجب عليك أن تكون مستقبلاً جيداً.

كانت ترد بعض المكالمات إلى المعالج فى ساعات متأخرة من الليل ممن يصيبهم الأرق، وما يصاحبه أحياناً من انشغال بأفكار محرمة سواء ذات طابع عدوانى أو جنسى مباشر أو مغلف، وهى أمور قد يصعب على الفرد أن يعلن عنها بشكل مباشر فى مقابلة وجهاً لوجه حتى وإن كان المنصت معالجاً. بالإضافة إلى طلبات كانت تأتى من أفراد يصعب عليهم الذهاب إلى عيادة طبيب نفسى لأسباب مختلفة مثلاً: عدم فهم العائل (الزوج أو الأبوين) لشرعية اللجوء إلى المعالج النفسى وما يحمله ذلك من معان مختلفة مثلاً (لابد أن يكون الأمر سراً وأنا الأولى بمعرفته، أو يمكن أن يكون هذا السر ذا طابع عدوانى موجه، أو أننى لم أحسن

تربيته ولم أوفر له الحب والثقة اللازمين لإغنائه عن الحاجة للتحدث مع الغريب)، أو أن الذهاب إلى طبيب نفسى فيه مسحة من العار وإيحاء بالجنون، أو أن المسألة مكلفة من حيث الوقت والمال، وغير ذلك من الأسباب.

وهناك أيضاً الكثير من المشاكل ما لا يمكن الذهاب به إلى الطبيب أو الشرطة، لأنها سرية وبين العائلات، وأكثر المشاكل تحدث بين المعارف، وكذلك الأمر بالنسبة للاغتصاب فأغلبه بين الأقارب حيث يوجدون فى بيت واحد، واغتصاب الغرباء قليل. ومنهم من لا يشكون أقاربهم، فلابد أن تكون هناك خدمة لهؤلاء الأشخاص تغنيهم عن الذهاب إلى الشرطة. فى الولايات المتحدة الأمريكية توجد جمعيات للدفاع عن الأطفال، أدت إلى إدخال الآباء إلى السجن، لذلك خدمتنا تقوم بارشاد الآباء والأمهات إلى وقف العنف قبل أن يحدث.

المفروض أن يكون النساء أكثر إقبالاً على المراكز من الرجال، ولكن وجدنا أن الآباء أكثر إقبالاً، هناك بعض الفرضيات لا تتحقق.

لقد وضعت فرضيات للتجربة حول طبيعة الجمهور المنتظر استفادته من هذه الخدمة: الإنسان المشحون غضباً بما يجعله خطراً على ذويه الذين قد يستكبرون اللجوء إلى الشكوى إلى جهة رسمية أو إثارة فضيحة عائلية أو اجتماعية، والإنسان المكتئب الذى قد تراوده أفكار انتحارية، والانسان الوحيد الذى يشعر بالملل ثم التوتر بما يجعله يلجأ إلى العقاقير الإدمانية، والإنسان الذى تعرض لخبرة جنسية يخجل من أن يبوح بها وجهاً لوجه ولو كان الآخر طبيباً معالجاً.

وتم رصد الحالات التى وردت إلى المركز عن طريق الهاتف على مدار عدة أشهر فى بداية التجربة، ولكنها لم تحقق الفرضيات التى وضعت. إلا أن الخدمة قد استمرت، واتضح أنها تحقق أهدافاً جانبية لم تكن فى الحسبان.

ومع نشر نماذج من هذه الحالات فى وسائل الإعلام المختلفة، بدأ يحدث تغيير فى نوعية وكمية المقبلين عليها، فكثرت الاستفسارات الجادة حول موضوعات مهنية وطبية ربما فات على السائل أن يستفسر عنها من الطبيب المعالج فى حينها، كما كثرت المكالمات الواردة من خارج القطر، بل من خارج المنطقة العربية ذاتها، علاوة على أن بعض الحالات كانت تأخذ الطابع العلاجى ذا المتابعة طويلة المدى وما أسفر عن ذلك من نتائج مرضية معنوياً للطرفين.

نخلص من هذه الدراسة أن خدمة الطوارىء الهاتفية أصبحت مسألة ضرورية لتلبية احتياجات فئة من الجمهور، وأنه لابد من أن تكون مجانية، على الأقل فى الحالات التى يكون الأمر طارئاً أو فى حاجة إلى مشورة أوعلى الأكثر لعلاج قصير المدى. أما فى الحالات الأقل حدة والمحتاجة إلى العلاج الأطول مدى فلعل الأمر يتطلب خطا هاتفياً إضافياً يسمح بالإطالة فى المكالمة وتكرارها بحيث لايحرم المحتاج إلى مشورة عاجلة من الحصول عليها فوراً وقبل أن يتضاعف قلق الانتظار.

إن هذه الخدمة تحقق عدة أغراض: فعل الخير، وكسر الحاجز بين الجمهور والطب النفسى، ورفع سمعة الجهة المقدمة للخدمة وزيادة الإقبال عليها، وتوفير فرصة للتدريب على التعامل مع الحالات التى تكون صعوبتها فى الاتصال الشخصى المباشر بالمواجهة المرئية، وغير ذلك من منافع، وشكراً.



متحدث:

شكراً للدكتور، إذا توسعت التجربة فهل نحن بحاجة إلى قانون لسرية المعلومات التي ترد للمستشارين أو دورهم وطبيعة عملهم؟ هل يسبق القانون التجربة أم ننتظر النتائج والسلبيات؟ وشكراً.

د. دلال الزبن:

لدى استفسار. هل كان متلقي المكالمات غير مختص؟ أحياناً يرتاح السائل لصوت المجيب.

د. طلعت منصور:

أعتقد أننا من الممكن أن نجد جذور هذه العملية الهاتفية في الإنسان نفسه، لأن الإنسان بطبيعته يتعامل مع الأشياء والناس والعلاقات، ومع ظواهر الكون، تعاملا غير مباشر، أى عن طريق وسائط وأدوات، منها اللغة والرموز كأدوات ووسائط تحمل معان ووجدانيات ومشاعر، ومن ثم يكون التفاعل الإنساني تفاعلاً توسيطياً، من خلال الوسائط اللفظية وليس من خلال التكنولوجيا التي هي امتداد للأدوات التي يستخدمها الإنسان ولوسائطه اللفظية. قيمة اللغة في التفاعل الإنساني لم يغفلها علم النفس، وهناك مدارس كاملة لاستثمار اللغة والتعامل معها من خلال الألفاظ، والعلاج بواسطة اللغة يعني الحياة ونظام إدراك الحياة، أقول هذا للتأكيد على الطبيعة الاتصالية للغة.

د.جاسم الحمدان:

ما السلبيات في هذه الخدمة؟

أ. عزيزة البسام:

من أجل تحقيق الخدمة نحتاج إلى كوادر جديدة ومؤهله تتحلى بالأخلاق والأمانة، كما نحتاج إلى شبكة معلومات وقنوات متصلة.

ماذا ترى في من يجرون المعاكسات الهاتفية، هل هم مرضى أم أناس عاديون؟.

د. محمد الموسوي:

أود أن أطرح بعضاً من الأسئلة والاستفسارات. بعد كم مكالمة ينكسر الحاجز النفسي؟ وكم تطول المكالمة الواحدة؟ وما نوع المكالمة؟ هل المكالمة هي وقاية وعلاج في نفس الوقت؟ وإذا قلنا نعم، كيف نعالج مريضاً يحتاج إلى دواء وكما تفضلت ربما لانحتاج إلى متخصصين؟ كيف نمنع شخصاً يريد أن ينتحر؟ خاصة أن المنتحر لايعلن عن انتحاره؟ أيهما أفضل العلاج عبر الهاتف أم أن يستخدم كوسيلة للمجيء إلى العلاج النفسي؟ هل المعاكسة مرض نفسي؟ وهل هذا شيء موجود داخل المعاكس؟ هل كل مريض له مشكلة يتصل أم لا ؟

أ. عبلة عبد الهادي:

تحاول المريضة أن تحل المشكلة بينها وبين المعالج، وإذا لم يستطع سوف تعرض على جهة خاصة أو مكتب استشاري لإيجاد الحل لها.

د. أحمد جاسم:

يمكن تطبيق هذه الخدمة بالنسبة للمرض العضوي أيضاً وليس للاجتماعي فقط.

إن اعتراف الشخص بالمشكلة أكانت اجتماعية أم نفسية يعطيه الشعور بالعجز الذاتي، وهنا يحاول أن يبحث عن علاج ويطلب المساعدة من الخارج.

د. محمد شعلان:

بالنسبة للقوانين، أعتقد من الصعب أن نبدأ بخدمة ثم نضع القوانين لها ومن ثم نقوم بتعديل هذه القوانين تباعاً، لكن في مجتمعنا نوع من التكافل الاجتماعي الذي يجعل الناس يتعاونون معاً دون الحاجة إلى قوانين.

بالنسبة للاستفادة من الناس المعاقين تكون متبادلة، لهم ولمن عندهم مشكلة ويريدون علاجها.

نحن فى الموجة الثالثة وهى ستفرض علينا أنماطاً كثيرة وجديدة من التعامل، سوف تحل الأسرة محل القرابة، لأنه يوجد فى الأسرة موجة روحية واحدة، وهذا المفهوم للأسرة فى الموجة الثالثة سوف يعيدنا إلى الموجه الأولى حيث كانت الأسرة ممتدة وفيها كل الأصناف.

هنا نستفيد من التكنولوجيا لأنها قد تكون موصلاً أفضل من كونه حاجزاً، هذا المفهوم الجديد للأسرة سوف يجعل من الخدمة الهاتفية خدمة حقيقة.

المقاومة شىء طبيعى ويجب التعامل معها بدلاً من كسرها بشكل حاد، فالمقاومة فى الهاتف تكون عن طريق عدم ظهور الوجوه فى الهاتف، والفائدة من الهاتف تكون باتصال المعالج بالمريض ويقول له إننى أعرف أنك لاتريد أن تأتى ولكن أريد أن أطمئن عليك وأطمئن عن كيفية التعامل بينك وبين أهلك.

إن المشكلة لا تقف أبداً عند الفرد، لأن الفرد جزء من الأسرة، والأسرة جزء من المجتمع، والعلاج لاينتهى للحاجة للعلاج الجذرى.

إن تقديم أى معونة لأى شخص يمكن أن تجعله يقدم العون لغيره، فيمكن للمعالج أن يعالج أسرته، وبعض الحالات لاتدرك مرضها فى البداية، ثم تدركه بعد التعامل مع المرض على أنه جزء من عملها فى الأسرة.

بالنسبة لقيمة اللغة وما وراء اللغة، هى معرفة طبقة الصوت ونبرته، فإن هذا يفيد فى كيفية اختبار المتطوعين، وعند تدريبهم يجب الاستماع إليهم والاستماع إلى آراء الناس الذين يتحدثون معهم عن أدائهم، ويستطيع بعض المتطوعين أن يجذب العميل وأن يجعله يكرر الاتصال، ويقوم بتدوين

النتائج ويأتى بها بشكل سريع.

من السلبيات تعبير الموجه، ولكن قد يكون هذا إيجابياً ويعتبر ميزة فى بعض الأحيان، لأنه من الأفضل فى نهاية العلاج أن يكون الموجه شفافاً بحيث يكون ما بداخله كما هو عليه وضعه الخارجى، أى لا يتأثر داخلياً بمشكلة العميل.

بالنسبة للكوادر المؤهلة، لابد من الانتقاء، لأن عملية التدريب لشخص لايصلح فى هذا المجال أصعب من الانتقاء.

الشبكة مطلوبة جداً لأنها تبادل خبرات بين الأفراد.

المعاكسة مرض ولكن إلى حد معين، وتكون بعد ذلك جريمة إذا تكررت. فالمعاكسون ليسوا أسوياء ولكن ليسوا مجرمين.

الانكسار الخلقى يتوقف على نوع المشكلة ونوع الشخص والحاجز، فأحياناً يأخذ وقتاً طويلاً وفى بعض الأحيان يأخذ وقتاً قصيراً، وأحياناً يكون هناك علاج ووقاية، وأحياناً خطة نحو العلاج.

يمكن للعلاج أن يكون فى مكالمة واحدة، ولكن المتابعة تأخذ وقتاً طويلاً وفى المنهج الجديد نهتم أيضاً بالصحة، ونسأله لماذا لاأتابع صحتك؟ فهذه العلاقة الصحية بين العميل والمعالج تكون فى النهاية صداقة ولكن على أساس مهنى، فلابد ان نؤكد على هذه الصداقة، فاستمرار المتابعة مهم وهى تجعل العملاء يحسون بشىء من الاهتمام وتشجعهم على العلاج.

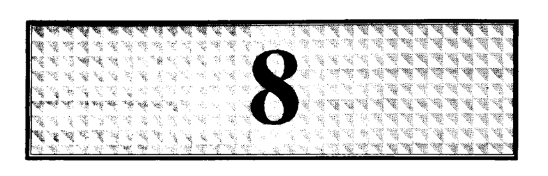
يجب التمييز بين الإنصات وتحليل المشكلة والحل، فكلها درجات على الخبير أن يكون ملماً بها، كى يستطيع أن يعالج المريض وهذا لاينطبق على المتطوعين الجدد.

بالنسبة للانتحار، فإن من ينوى الانتحار فعلاً ينتحر ولا يهدد، ولكن هناك من يهدد بالانتحار ثم ينفذ، فهؤلاء إن هاتفوا يمكن إنقاذهم، ومنهم

من لا يدرك الأمر الذى يفعله، فلابد من الاحتراس وأن لا نتعامل مع التهديد ببرود، ولو كان تدللاً، وإن كان كذلك فلابد من علاجه لأن التدلل أيضاً مرض.

بالنسبة للحل الذاتى وكيفية الرد على السؤال بطريقة لبقة، الحل الذاتى هو إعطاء القوة لمن يشعر بالعجز، وعندها سيتشجع المريض بالاستمرار فى العلاج، لأنه يحسُّ بأن المعالج يهتم به ويقدر ظروفه، ومن ثم ينشأ عنده شيء من الميل لهذا الشخص الذى يهتم به،فيسرد له ما عنده من مشاكل دون أن يتردد.

الجلسة الثامنة



كيفية تصميم وتطبيق خدمة الخط الساخن الهاتفية
HOW TO DESIGN AND IMPLEMENT A TELEPHONE HOTLINE SERVICE

رئيس الجلسة : د. بدر بورسلى

المتحدث الرئيسى : د. باتريك وأنجيلا بانوس

البحث

إن خدمة (الخط الساخن) الهاتفية جهود الامتداد البعيد الذى يذلل الكثير من العوائق التى يواجهها الشخص فى الحصول على الإرشاد لحل مشكلاته.

إن الخدمة المجانية والمعاونة الموثوق بها فى حل المشكلات، سواء كانت ضئيلة أو كبيرة ، إنما تجعل من الخدمات الهاتفية نوعاً شائعاً بين الناس. فمن المهم على أى حال المحافظة على الخدمة بدرجة رفيعة حتى يمكن للمتحدثين وللمجتمع أن يتوافر لديهم الاحترام والثقة فى برنامج خدمة الاستشارة الهاتفية.

وتصف هذه الورقة الخطوات المهمة واللازمة لتصميم خدمة الاستشارة الهاتفية وتطبيقها.

تصميم وتخطيط خدمة الخط الساخن

تحديد رسالة الخط الساخن:

إن الخطوة الأولى فى تصميم خدمة الخط الساخن الهاتفية وتطبيقها تنطوى على تحديد نص رسالة أو إيضاح يتضمن الغرض من هذه الخدمة والنظرة إلى برنامجها ومن أمثلة ذلك: أن نساعد بطريقة حساسة وفعالة ومنظمة فى تعليم وتدعيم علاج المتضررين بسبب الحرب وما يعانونه من حزن أو اضطراب ناشىء عن الصدمة، وكذلك "أن ننمى فعاليات الحياة النفسية واستعادتها عند ضحايا الحرب".

تحديد الأهداف والموضوعات والخدمات:

بمجرد إنجاز الرسالة التى لديك عبر خط الهاتف الساخن بشكل واضح، ينبغى تحديد الأهداف والموضوعات وكذلك وصف أنواع الخدمات والأنشطة المقدمة.

على سبيل المثال:

1- إن تقديم خدمة الخط الساخن الهاتفى لمدة 24 ساعة يوفر خدمات تقييم الأزمة وآثارها، وخدمات الإرشاد والإحالة بطريقة قائمة على الثقة.

2- تعليم ما يتصل بالأعراض والعلاج الخاص بالاضطراب الناشىء عن ضغط الأزمة.

3- التعامل مع احتياجات مستخدم الهاتف بشكل مناسب وذلك من خلال المتابعة والإحالة بما يتضمن التنسيق مع الوكالات والخدمات الأخرى.

الإمكانية المتاحة:

إنه من المهم أيضاً تحديد الخدمات المتاحة وساعات الخدمة، ومن المفضل أن تكون الاستشارة الهاتفية ميسورة خلال 24 ساعة فى اليوم وعلى مدى أيام الأسبوع. إن معظم الخدمات تتناول استخدام الهاتف من خلال تغطية فى

اتصال مع منازل العاملين من خلال شبكة ردود مركزية أثناء ساعات عدم الذروة.

تحديد الموارد وهيئة العاملين:

إن الخطوة التالية نحو تخطيط العملية هى التعرف على الأفراد والموارد المطلوبة لتطبيق الخدمة. وتبدأ معظم خدمات الخط الساخن بمجموعة صغيرة من الموظفين والمتطوعين لبعض الوقت بالإضافة إلى مدير لهم.

اختيار وتدريب المستشارين (المرشدين) بالخط الساخن:

إن الكثير من الخطوط الساخنة يعمل عليها أشخاص متطوعون غير مختصين نطلق عليهم "الإخصائيون المهنيون المساعدون".

وإن المرشدين والإخصائيين المساعدين الذين يختارون لهذه الخدمة ينبغى تدريبهم بصورة ملائمة بالإضافة إلى تقديم الدعم المستمر والمتابعة والتشاور. ويتطلب العمل من العاملين على الخط الساخن القدرة على التعامل مع عديد من أنواع المكالمات بما فى ذلك حالات الطوارىء، هذا وينبغى مناقشة مسائل تعيين واختيار العاملين سواء كانوا متطوعين أو موظفين.

ويمكن تحقيق تدريب العاملين من قبل لجنة تدريب مختصة مهمتها تجنيد الفريق الوظيفى للخط الساخن واختياره وتدريبه. وعادة يتولى أعضاء اللجنة انجاز التدريب بأنفسهم وبالتالى فهم قادرون على تكرار ذلك بالشكل المطلوب لضمان تقديم مرشدين ملائمين لخدمة الخط الساخن.

(انظر الجزء الثانى من هذه الورقة لإنجاز ما يتعلق بتدريب المرشد على الخط الساخن)

اختيار الشخص المتحدث/ المدير:

من المطلوب عادة أن يتعرف مدير خدمة الخط الساخن على نواحى الخدمة، وعلى أى حال فإن الرد على الخط الساخن ليس بالطبع مسئولية

المدير. ولكنه من المهم أن يكون هناك متدربون قادرون على تقديم هذه الخدمة كمعاونين.

ويتصرف المدير عادة بوصفه متحدثاً يقوم بإنجاز مهام العلاقات العامة والتسويق والتعليم. ويمكن للمدير تبصير العامة بالإضافة إلى غيرهم من وكالات الخدمات الاجتماعية فيما يتعلق ببرنامج الخط الساخن. ومن الأمور الحاسمة أن تقوم خدمة الخط الساخن بالتنسيق مع غيرها من وكالات الخدمة الإنسانية القائمة.

إن رسالة الخط الساخن يجب أن تكون واضحة ومفهومة، ويتم دعمها من جانب الوكالات الأخرى، وينبغي على العاملين بالخط الساخن أن يألفوا خدمات الوكالات الأخرى وأن يفهموا كيفية الرجوع اليها.

إنشاء دليل الموارد:

إن معظم خدمات الاستشارة الهاتفية تتولى الرجوع والتنسيق مع غيرها من الوكالات وذلك من خلال الاحتفاظ بفهرس للمعلومات أو دليل المورد المرجعي الذى يتم إنشاؤه وتطويعه وفقاً لاحتياجات الخدمة ويجب العمل على استمرار تحديث الفهرس أو الدليل.

الخطة التسويقية

من خلال العلاقات العامة والجهود التسويقية فإن الخط الساخن يتم التعرف عليه من خلال نوعية المعلومات وعلى أساس ما يقدمه من مساعدة.

الدخول فى شبكة مع الوكالات الأخرى:

إن الوكالة العاملة بالمجتمع والمهنيين الخارجيين (مثل الأطباء، والعاملين بالرعاية الصحية، وصانعى السياسة، والإداريين بالمدارس، والاخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمدرسين ومسئولى الشرطة والمجتمع وكذلك رجال الدين) يمكن توعيتهم بخدمة الخط الساخن. ويمكن تأدية ذلك من أجل

توسيع الرؤية وتشجيع الاستفادة منه.

إن الهدف من مساعى العلاقات العامة هو ضمان الوصول إلى كل شخص يحتاج إلى مساعدة إرشادية، وأن يفهم كيفية استخدام خدمة الخط الساخن.

التعرف على الخدمة والرقم والمسميات:

إن تسويق رقم الهاتف والخدمة جزء مهم من التصميم والتطبيق الناجح. ومسميات الخدمات التى تتعلق بكل من الأرقام والأغراض يمكن بسهولة استدعاؤها؛ فعلى سبيل المثال 123 مساعدة أو اهتمام (226-2376)، 456 معاونة، 654 - معلومة (استفسار).

وثمة طريقة أخرى لاختيار مسمى وصفى محدد بدقة بواسطة رقم بسيط. مثلاً (تين - هلب 111 - 123 اسكا- آية - نيرس 2222 - 922، منع الانتحار 2121 - 433 أزمة الاغتصاب 555 - 5555 ، وكذلك بيبى يور بيبى 8333 - 833 - 80 - 1.

وبمجرد اختيار رقم ومسمى الخدمة فإنه من الضرورى التخطيط نحو الإعلان عن الرقم. إن الأسلوب الذى من خلاله يتم تسويق الخدمة يحدد نجاحها، وتوجد عدة طرق ولكنه من الأمور المهمة أن نؤكد الاتجاه نحو العناية والاحتراف من خلال أية وسيلة مختارة.

ولو توقعنا أن الثقافة الكويتية على غير ألفة بإستخدام خدمة الخط الساخن أو تتشكك فيها أو تقاومها فإن من الواجب تقديم التثقيف كجزء من استراتيجية التسويق وذلك من أجل إزالة العوائق التى يدركها الأشخاص فى استخدام تلك الخدمة.

فمثلاً، إذا كانت السرية مسألة تشغل البال، فإنه من المهم التأكيد على مدى المحافظة على الخصوصية.

لاحظ كيف أن الإعلان الإذاعى

التالى عن خدمة الخط الساخن يحل هذه العوائق

إمرأة تتحدث:

إننى لم أفكر على الإطلاق فى أن أخبر أحداً عما أحسه حقاً. إن عائلتى كانت متعبة من رؤيتى حزينة ولكننى كنت أخشى ما يمكنهم التفكير فيه فيما لو رغبت فى الاستشارة، وفى النهاية عندما قمت بالتحدث عبر الهاتف فإن الشخص الذى قام بالرد استمع وتفهم وكنت قادرة على أن أحصل على مساعدة. والآن فإننى أشعر بتحسن، واكتشفت أنك لا ينبغى أن تعانى فى صمت، فإنه يوجد شخص يمكنه التفهم، لذا فعليك بالنداء.

إقامة السياسات والإجراءات:

تمتاز الخدمة الهاتفية بأنها تتيح قدراً كبيراً من عدم رؤية المتحدث. وعلى أية حال فإن أية وكالة أو برنامج يجب عليها التعريف بحدود السرية الخاصة ببرنامجهم. إن الأولوية القصوى تتمثل فى الخصوصية تجاه هوية المتحدث ومكان المكالمة. وعلى أية حال فإن الضوابط الأخلاقية والقانونية الخاصة بالسرية من المهم إيضاحها.

وبمجرد تحديد ضوابط السرية التى يجب ذكرها بوضوح فى دليل العمليات فإن كافة أعضاء الخط الساخن يجب عليهم فهم سياسة السرية تماماً. وينبغى على مستخدمى الخط الساخن إدراك السياسة فى الحال عند ملاءمتها لهم.

تأليف دليل العمليات:

إن نص الرسالة والأهداف والموضوعات والسياسات والإجراءات وضوابط السرية وكذلك المعلومات فيما يتعلق بعملية خدمة الخط الساخن ينبغى تضمينها بدليل العمليات. ويمكن أن يتضمن الدليل معلومات يغطيها التدريب الأولى، وعلى أية حال فإن فهرس المرجعية أو دليلها يجب أن يظل مستقلاً. ويعتبر دليل العمليات الشامل اداة معاونة لمستشارى الخط الساخن.

تطبيق خدمة الخط الساخن

جدول تدريب مرشد الخط الساخن

التوجيه:

إن الغرض من التوجيه هو تزويد مستشارى (مرشدى) الخط الساخن بنظرة شاملة عما يتعلمون خلال التدريب. بالاضافة إلى تزويد العاملين على الخط الساخن بالفهم الخاص بفلسفة الخدمة وكذلك بتاريخ مختصر عن المنظمة، فإن هدف التوجيه هو التزويد بخلفية معلوماتية عامة مطلوبة للمرشدين لتعلم دورهم فى وكالة خدمة الخط الساخن بفعالية.

التزامات ومسئوليات المرشدين:

لكى تتم إدارة الخدمة بشكل فعال، فإن الوكالة يجب أن تكون قادرة على الاعتماد على العاملين بها. وحتى يمكن لهم أن يكونوا جزءاً من خدمة الخط الساخن فإنه يتعين على المرشدين قبول مسئوليات والتزامات محددة. وعلى الرغم من أن المواصفات سوف تختلف بين مكالمات الخط الساخن وفقاً لنوعية خدماتها إلا أن هناك أمثلة عامة للمسئوليات والالتزامات على النحو التالى:

1- يجب على كل مرشد قبول الإشراف من جانب مدير الخط الساخن ويمكن أن يتضمن الإشراف حضور الاجتماعات المنظمة مع إخصائيين كلينكيين مهنيين وذلك لعرض دراسات الحالات .
2- يكون المرشدون مسئولين عن إيجاد بدائل لهم عند عدم القدرة على تغطية مسئولياتهم عبر الخط الساخن.
3- التماس مساعدة المشرف عند صعوبة الحالة أو انطوائها على مشكلات غير عادية ومتعارضة.
4- المحافظة على السرية المحددة والمنصوص عليها فى دليل عمليات الخط الساخن.
5- يكون المرشدون مسئولين عن تنظيم الوثائق وأوراق العمل.
6- يجب على كافة المرشدين أن يحترم

بعضهم بعضا وكذلك بالنسبة لغيرهم من أعضاء فريق العمل ويتضمن ذلك حل المشكلات مع الأفراد المعينين من خلال مساعدة الآخرين من الفريق وذلك فى حالة نشوء صراعات. والتركيز يجب أن يكون موجهاً إلى المحافظة على قدرة الخط الساخن على تقديم الخدمات.

7- عدم التفاعل مع المتحدثين فيما يخرج عن الدور المهنى المحدد للمرشد الذى يلتزم بمبادىء العمل على الخط الساخن.

تقييم ومتابعة نداءات الطوارىء:

يحتاج المتحدثون عبر الخط الساخن أحياناً لخدمات طارئة وفورية. وفى هذه الحالة ينبغى على المرشد أن يكون قادراً على التعرف بدقة على المشكلة وتوجيه المتحدث بسرعة وبشكل ملائم (على سبيل المثال فى حالة تصريح المتحدث عن نوايا ضارة تجاه نفسه أو تجاه الآخرين، أو مساعدة صديق أو محبوب، أو حالة طبية عاجلة).

الناحية الطبية:

فى حالة الشعور بأن المتحدث فى احتياج لعلاج حاد مثل فشل فى التنفس أو النزيف أو التسمم، فعليك الحصول على معلومات كافية حتى يمكن توجيه مساعدة عاجلة له. وحاول أن تبقى على الخط حتى تصل إليه المساعدة وإذا لم تكن هذه حالة طبية عاجلة ولكن توجد احتياجات ومضاعفات طبية، فيجب عليك إحالته إلى طبيب معالج لمساعدته.

تعريض الآخرين للخطر:

فى حالة تهديد المتحدث بإحداث ضرر لشخص آخر، فإن من المهم تقدير خطورة الموقف، ولهذا إذا قدرت أن التهديد حقيقى، فعليك إبلاغ الشرطة للرد عليه. فقد يكون من الملائم تحذير الضحية أو الضحايا المتسهدفين.

وفيما يلى اثنان من النداءات الهاتفية الفعلية التى تم استلامها عبر

الخط الساخن، وكانا متشابهين ولكنهما تطلبا رداً مختلفاً تماماً:

مثال ١: تحدثت امرأة وقالت، إنني أنوى قتل أولادى لأنى لا أطيق أياً منهم، فسأل مرشد الخط الساخن المرأة للتحدث عما يجرى فصرخت المرأة وصارت تصف أنه بسبب وفاة زوجها أصبحت متعبة، وانحرف الأولاد فى سلوكياتهم، ولذا شعرت بالقهر" ولم يشعر المرشد هكذا بأن هذه الأم تريد إيذاء أبنائها ولكنها تحتاج إلى مساندة وإرشاد. ولذا ذكرت المرأة فى نهاية المكالمة أن أطفالى هم كل ما أملك ولا يمكن أن اعرضهم للأذى على الاطلاق".

مثال٢: تتحدث إمرأة وتقول: (إننى سوف أقتل أولادى: إننى لا أطيق أياً منهم). سأل مرشد الخط الساخن المرأة أن تتحدث إليه عما يجرى، وصفت المرأة كيف أنها أمسكت سكيناً ووجهتها نحو حلق ابنها الأكبر، وإذا حاول ترك المنزل فإن من الممكن أن تقتله - وترك العامل على الخط الساخن المرأة على الهاتف وأبلغ معلومات كافية للشرطة حتى تذهب للمنزل فى الحال، وذلك من خلال سؤال المرأة بالانتظار لدقيقة واحدة على الهاتف وأبلغ الشرطة على خط آخر وعاد العامل على الخط الهاتفي للتحدث مع المرأة وظل على الخط مع المرأة وهى تتمالك هدوءها إلى أن وصلت الشرطة.

الانتحار أو الخطر على الذات:

من المهم تقدير سلوك أو أفكار الانتحار، وفيما يلى ثلاثة عوامل مهمة يجب أن نضعها فى اعتبارنا.

(1) مؤشرات المخاطرة بالانتحار:

لا يوجد منبىء واحد على أن شخصاً ما سوف يبدى سلوكاً بالانتحار. (ليغ وريزر - 1992) على أى حال فإن مراجعة البحث الحالى توضح أن أهم عامل معروف للمخاطرة بالانتحار هو محاولة سابقة. ولكى يتم تقدير الانتحار بدقة، وافحص نموذج علامات الخطورة المتعددة التى حددها "بيك" (1974) وإيليس (1986) من القائمة

أدناه:

* محاولات الانتحار السابقة (أهم عامل للمخاطرة بالانتحار).
* التخطيط للانتحار وإمكانية تنفيذ الخطة
* انعدام مبررات عدم تنفيذ الخطة.
* التعبير عن أفكار الانتحار.
* عدم الاهتمام بالمقتنيات الثمينة.
* الانعزال أو استبعاد المجتمع.
* الخسارة الحالية أوالفشل الحاد مثل فقد محبوب أو وظيفة.
* المشاكل الصحية الحادة والمؤلمة.
* تغير فى عادات الطعام والنوم (التعب المفرط).
* انعدام الأمل وشعور بالعجز.
* الاستهداف للقلق.
* الخزى أو الذنب أولوم النفس.
* مشاعر عدم الكفاءة.
* الاكتئاب (أحياناً مفاجىء- ارتفاع الاكتئاب بشكل غير واضح).
* الانغمار داخل ما يعانيه من آلام.
* التركيز على الحاضر، وإحساس بوقت محدد للحصول على إعانة عاجلة.
* الشعور كما لو أنه فى مأزق ولا مخرج منه.
* تقلص القدرات الإبداعية لحل المشكلة، إدراك أن الانتحار هو الطريق الوحيد لحل المشاكل.
* السلوك المندفع - انعدام القدرة على التبصر بالعواقب أو النتائج المتوقعة.
* أحداث جارية ضاغطة أو فشل.
* تاريخ من حالات الانتحار فى العائلة أو الأصدقاء المقربين.
* دور سلبى أو دور الضحية.
* تحذيرات والتماسات من الآخرين لتقديم مساعدة لهذا الشخص.

(2) أسئلة ينبغى على مرشد الخط الساخن توجيهها للمتحدث:

فى حالة الاشتباه فى احتمال الانتحار، ينبغى على المرشد العامل على الخط الساخن استشفاف أفكار عملائه حول الموت والانتحار وإيذاء النفس. وفى حالة وجود مؤشرات إيجابية على

احتمال الانتحار ينبغى تغطية الأسئلة التالية:

أ) النية الحقيقية.

ب) الوسائل المتاحة.

ج) العوامل المانعة الممكنة (مثلاً، المعتقدات الدينية، والعلاقات مع الآخرين المعنيين الخ)

د) جدية وطبيعة أى من المحاولات السابقة.

هـ) القدرة على ضبط السلوك.

ويقدم هو لون (1984) عدداً من الأسئلة التى تتعلق بتاريخ الإنتحار والأفكار الحالية المتعلقة بالانتحار، وهى اسئلة ينبغى تغطيتها فى حالة وجود احتمال إيذاء النفس.

تاريخ الانتحار

1- ما إذا كان العميل قد راودته فى الماضى أفكار تتعلق بالانتحار، ودرجة تكرار هذه الأفكار.

2- ما إذا كانت الأفكار المتعلقة بالانتحار فى السابق قد أدت إلى محاولات انتحار.

3- فى حالة القيام بالمحاولة:

أ) هل تمت بشكل مخطط ومقصود؟

ب) كيف كانت الوسائل المستخدمة مشوبة بالخطر والهلاك.

ج) كيف تم اعتراض المحاولة قبل أن تفضى إلى الموت؟

د) ما النتائج العملية والسيكولوجية لهذه المحاولات؟

4- ما العوامل الكافية لاعتراض محاولات الإنتحار؟

5- ما الخطط التى ينفذها العميل أو الآخرون لمنع الانتحار؟

6- تاريخ محاولات الانتحار بين أعضاء العائلة.

الأفكار الحالية:

1- إلى أى حد تتكرر وتشتد أفكار الانتحار؟

2- إلى أى حد يمكن أن يكون عند

العميل أمل فى المستقبل أويأس من المستقبل.

3- هل لدى العميل خطة؟ وإذا كان ذلك:

أ) إلى أى حد تنطوى الطريقة المخططة على خطر وهلاك؟

ب) إلى أى حد تعتبر الوسائل متاحة؟

ج) إلى حد تم اعتراض المحاولة قبل أن تؤدى إلى الموت (إلى أى حد يمكن للعميل أن ينقذ حياته أو/ حياتها فى حينه بواسطة شخص آخر؟

4- إلى أى حد يعتبر العميل منعزلاً اجتماعياً؟

5- ما الموانع الموجودة لمنع الانتحار (مثلاً، العائلة، الأصدقاء، المعتقدات الدينية)

6- ما الاحتياطات التى يجب اتخاذها من جانب العميل أو من جانب المعالج لمنع محاولات الانتحار، وهل العميل مستعد لاتخاذها؟

(3) الطرق الوقائية والعلاجية التى يمكن استخدامها مع المتحدث.

بمجرد تحديد إمكانية الانتحار، فإنه يمكن للمرشد العامل على الخط الساخن اتخاذ عدة خطوات للتعامل مع المتحدث الذى يحاول الانتحار وهى كالآتى:

1- اخلق جواً من الشعور بالأمان مع العميل، ويشمل ذلك الاتصال بالعائلة والأصدقاء للبقاء مع العميل، وتقديم العلاج له أو إيداعه بمستشفى أو التخطيط لإزالة الأدوات المستهدفة التى يمكن بها تنفيذ الانتحار، بالإضافة إلى أنه يمكن للمرشد أن يتعهد مع العميل على ألا يؤذى نفسه لفترة من الوقت، ولكنه يجب تقدير مصداقية الوعد.

2- مساعدة العميل على اكتشاف مبررات العيش وأسباب للحياة، والاتجاه نحو حل المشكلة فعلى سبيل المثال، يمكن السؤال عن: (ما الذى يمنعك من إنهاء حياتك؟)

3- تعاطف مع ما يعانيه من ضيق ومن ثم تقنعه بأن مشاعر الانتحار هى رد فعل طبيعى للصدمة وهى بطبيعتها مؤقتة.

4- إعادة مراجعة العميل من حيث إن الانتحار هو حقيقة الحل الوحيد المتاح لديه ساعده على التبصر بأن لديه خيارات كثيرة من أجل الحياة.

5- ساعد المتحدث على الاندماج فى حل المشكلة وخلق بدائل أخرى.

6- ساعد العميل على التفكير فى الأمور بدرجاتها المختلفة بدلاً من التفكير الحدى (أبيض أو أسود) السوداء أو البيضاء.

7- اعمل على تهيئة المتحدث نحو مواجهة المبررات اللامنطقية للانتحار. على سبيل المثال، الاعتقاد الخاطىء بأن عائلاتهم سوف تكون أفضل حالاً بدونهم، بينما فى الواقع يمكن أن تكون مؤثرات انتحارهم مدمرة للعائلة (بيب، 1975).

طرق الإصغاء الوجدانى والإرشاد الهاتفى:

بعد تقدير مرشدى الخط الساخن وفهمهم لاحتياجات المتحدث، فإنه يجب عليهم أن يكونوا قادرين على تقديم معلومات أو إيجاز أو استشارة معاونة أو إحالة، وأن يتولوا فى بعض الحالات تسهيل خطة للعمل يمكن بها أن ينقل فهمهم للمتحدث، وفى أوقات أخرى يمكن لهم فقط تقديم الاستماع العاطفى والمساندة. وفيما يلى نظرة شاملة لتقنيات الإصغاء الوجدانى.

إن الإصغاء الوجدانى مهارة يمكن تعلمها وتنميتها بالممارسة، وتوجد خطوات عديدة يجب أداؤها من جنب المرشد لكى يستمع على أساس من الاستشفاف الوجدانى: أولاً- يجب على المرشد أن يتقن القدرة على الاستماع بعناية للمضمون والمشاعر الوجدانية التى يحاول المتحدث التعبير عنها، ثانياً- ينبغى على المرشد أن يكون قادراً على

التعبير عن كلمات الشعور لوصف المشاعر التى يحاول المتحدث التعبير عنها (ملاحظة: إن الكلمات يجب أن تكون مختلفة بشكل طفيف عن المتحدث حتى لاتبدو كأنك ترددها بالقول) وبعد الحصول على تأكيد دقة وصفهم، فإن المتحدث يتجه إما نحو تعبير أعمق عن محتوى المشاعر أو تجاه حل المشكلة.

مثال:

المتحدث: إن كلبى قد مات اليوم إننى أشعر بفقدى لصديق عزيز. لقد كان محبوبى لمدة عشر سنوات.

المرشد: إن ذلك يبدو واضحاً وكأنك تحس خسارة مروعة لكائن قريب منك. لقد كان كلبك كائناً أحسست نحوه إحساساً عميقاً لعدة سنوات.

المتحدث: نعم - إن هذا بالضبط ما أشعر به.

إن ميزة استخدام الإصغاء الوجدانى - تتمثل فى أنه الأداة الفعالة للغاية للاستشارة عبر الهاتف.

نظرية الاضطراب الناشىء عن الأزمة والتفاعل الحاد تجاه الصدمة والضغط اللاحق على الصدمة:

عند تدريب الإخصائيين المهنيين المساعدين على الخط الساخن، فإنه من المهم تقديم الخلفية الوافية المتعلقة بالأزمة أو التفاعل الحاد تجاه الصدمة. وباختصار فإن الاضطراب الناشىء عن الضغط اللاحق للصدمة. (بى. تى. إس. دى) هو مصطلح نسبى فى الوقت الحالى تم تحديده بداية وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى الثالث (1980) والمعدل (1987) الذىأصدرته "الرابطة الأمريكية للطب النفسى"، وذلك على النحو التالى:

أ) إن معاناة الشخص لحدث خارج عن نطاق التجربة الإنسانية العادية قد تفضى به بشكل واضح إلى حالة من الضيق والشدة، ومن هذه الأحداث الضاغطة على سبيل المثال، التهديد الخطير لحياة شخص أو كيانه العضوى، التهديد الخطير أو الإيذاء لأطفاله أو قريبه أو الآخرين من الأقارب الأعزاء والأصدقاء، التدمير المفاجىء لمنزل

الشخص أو جماعته، أو رؤية شخص آخر كان معه من فترة قصيرة أو مازال معه، أو الإصابة البالغة أو القتل الناشيء كنتيجة لحادثة أو عنف عضوى.

ب) إن الحدث الصدمى يظل دائم التأثير فى المعاناة بأى الطرق الآتية على الأقل:

1- معاودة ذكريات الحدث المترسب أو المتواتر الرؤية لحدث ما (فمثلاً عند الأطفال يلاحظ اللعب المتكرر الذى يعبر عن المشهد المتكرر لنواحى وموضوعات الصدمة بشكل صريح).

2- الأحلام الكئيبة المتواترة الرؤيا للحدث الصدمى.

3- التصرف أو الشعور المفاجىء كما لو أن الحدث الصدمى مازال متواتر الوقوع (بما فى ذلك الشعور بمعايشة التجربة والأوهام والهلوسات و (استعادة الذكرى) بما فى ذلك ما يحدث فى اليقظة أو عند التسمم).

4- الضيق النفسى الشديد عند التعرض للأحداث التى ترمز أو تشبه ناحية من نواحى الحدث الصدمى بما فى ذلك ذكريات الصدمة .

ج) الإحجام الدائم عن المثيرات المرتبطة بالصدمة أو البلادة فى الاستجابة بشكل عام (وذلك لم يكن موجوداً قبل الصدمة) وكما يتضح ذلك فى مظاهر ثلاثة على الأقل فيما يلى:

1-المشقة تجاه تجنب الأفكار أو المشاعر المرتبطة بالصدمة.

2- المشقة فى تجنب الأنشطة والمواقف التى تستثير ذكريات الصدمة.

3- عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من الصدمة (النسيان النفسى المنشأ).

4- التناقص الملحوظ فى الاهتمامات المتعلقة بالأنشطة الهامة (فى حالة الأطفال مثلاً قد يلاحظ فقدان

المهارات النمائية المكتسبة حديثاً، مثل مهارات التدريب على النظافة والمهارات اللغوية).

5- الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.

6- محدودية العاطفة مثل افتقاد مشاعر الحب.

7- الإحساس بأفول المستقبل، مثلاً ألا يتوقع الطفل أن تكون له مهنة، أو الزواج أو الأطفال أو الحياة المديدة.

د) الأعراض الدائمة للاستثارة المتزايدة (غير الموجودة قبل الصدمة) وتظهر فى اثنين على الأقل مما يلي:

1- صعوبة النوم أو البقاء نائماً.
2- سرعة الانفعال أو انفجار الغضب.
3- صعوبة التركيز.
4- اليقظة المتزايدة
5- الإجفال المبالغ فيه.
6- رد الفعل الفسيولوجي عند التعرض للأحداث التى ترمز أو تشبه ناحية من نواحي الحدث الصدمى (مثل المرأة التى اغتصبت فى مصعد فهى تتصبب عرقاً عندما تدخل أى مصعد).

هـ) طول مدة الاضطراب لمدة شهر على الأقل (ص ص 250-251).

وبالإضافة إلى اضطراب الضغوط اللاحقة للصدمة، هناك أعراض إضافية مرتبطة بضحايا الصدمة، وتلك فئة فرعية من الضغط الصدمى وتحدث كنتيجة للوقوع ضحية فى أيدى الآخرين من الجنس البشرى، وبعبارة أخرى، تعد الأعراض الخاصة بالضحايا أعراضاً نفسية، بالإضافة إلى أعراض "اضطراب الضغوط اللاحقة للصدمة" والتى تحدث حينما يكون الحدث الصدمى هو شخصاً يوقع الأذى بالآخر.

عندما تمثل الصدمة النفسية شخصاً يستعين ويؤذى الآخر. يحدد اوكبيرج (1988) قائمة بالأعراض المحتملة للوقوع ضحية والتى تعرف

بأنها الاضطراب الناشىء عن وطأة الضحية، على النحو التالى.

1- الخجل أو العار، أو الارتباك الشديد، ويتميز فى الغالب بالخزى أو احتقار الذات،

2- لوم الذات، أو الشعور المبالغ فيه تجاه المسئولية عن الحدث الصدمى والممزوج بالذنب والندم، رغم وجود الدليل البين على البراءة.

3- الإذلال، أو الشعور بالضآلة، أو المهانة أو التجرد من الشخصية الإنسانية أو العجز كنتيجة مباشرة للصدمة النفسية.

4- الكراهية المرضية، استحواذ فكرة الثأر والانشغال بإيذاء وإذلال مرتكب الجريمة سواء بالانفجار فى الغضب والهياج أو بدونه.

5- العرفان بالجميل المتناقض، وهو المشاعر الايجابية تجاه الشخص المتسبب فى الصدمة والتى تتراوح ما بين العطف والحب الرومانسى بما فى ذلك التعلق به ولكن ليس ذلك بالضرورة (هذه المشاعر تخبر عادة بسخرية ولكنها عرفان عميق بالجميل على هبة الحياة من جانب الشخص الذى أظهر النية فى القتل (وتعرف أيضاً بالتحول الباثولوجى أو "زملة أعراض ستوكهولم")

6- التشويه، أو الشعور بالاتساخ والاشمئزاز أوالغثيان أو الجرثومية:(مثل البضائع الفاسدة) وفى حالات شاذة (حادة) شعور بالعفن والشر.

7- الكف الجنسى، أو فقدان الشهوة الجنسية والطاقة المنخفضة تجاه العلاقات الجنسية، وهو ما يرتبط غالباً بالاعتداء الجنسى.

8- الاستسلام، حالة فقدان الإرادة أو اليأس، مع تناقص واضح فى الاهتمام بالماضى أو المستقبل.

9- الجرح الثانى، أو الإصابة الثانية عادة أن يكون ضحية خلال المشاركة فى العدل الجنائى والصحة العقلية والأنظمة الأخرى (الاستهداف لأن يكون ضحية).

10- الانجراف إلى أسفل من حيث

الوضع الاقتصادى - الاجتماعى: تضاؤل فرص الحياة، واضطراب أسلوب الحياة، وتزايد الخطر فى تكرار ضحايا الجريمة نظراً للضعف النفسى والاجتماعى والمهنى وبالاضافة إلى الأعراض التى ذكرها "أشبرج" (1988)، فقد كانت هناك دراسة سابقة أجراها "بيرجس وهو لمستروم" (1979) تقدم أعراضاً إضافية لعملية إيقاع الأشخاص ضحايا والتى ترتبط مع جوهر "اضطراب الضغوط اللاحقة للصدمة، ومنها:

السخط بالإضافة إلى ذاكرة مضطربة الأفكار، والانعزال الاجتماعى، وعجز فى التركيز.

إن المرشدين على خطوط الهاتف الساخنة يستجيبون فى الحال للذين يمرون بهذه الأزمة نظراً للأعراض المرتبطة بوقوع الضحايا لذلك فبالإضافة إلى وجود فهم أساسى لهذه الأعراض، فإن العاملين على خطوط الهاتف الساخنة يجب أن يكون لديهم معرفة عن طبيعة هذه الأزمة.

وفيما يلى ملخص عن نموذج الأزمة:

التدخل فى الأزمة

تقويم الفرد ومشكلته:

* الحدث المعجل
* المخاطرة بالانتحار أو القتل.
* إدراك الأشخاص للأزمة.
* مقدار المساعدة أو العرقلة من الآخرين المعنيين فى حياتهم.
* التخطيط للتدخل العلاجى:
* العمل على استعادة مستوى ماقبل الأزمة.
* كم مضى من الزمن على حدوث الأزمة (أسبوع إلى أسبوعين.. الخ).
* مقدار الاضطراب فى الحياة الشخصية.
* تأثيرات الاضطراب على الآخرين فى بيئته.
* قوى الشخص.

* مهارات المواجهة.

التدخل:

* يعتمد على المهارات الموجودة سابقاً.
* الإبداع
* مساعدة الشخص فى اكتساب فهم عقلانى للأزمة
* مساعدة الشخص فى تحديد مشاعره المرتبطة بالأزمة وفى التعبير عنها.
* استكشاف مهارات المواجهة.
* التكافل الاجتماعى.

الحل:

* تعزيز وتقوية مهارات المواجهة.
* التأكيد على التقدم الذى يحرزه العميل.
* المساعدة فى عمل خطط واقعية للمستقبل.

الهدف الأدنى: التفريغ النفسى لهذه المشكلة واستعادة مستوى التوظيف الذى كان موجوداً على الأقل قبل الأزمة.

الهدف الأعلى: التحسين فى توظيف إمكانات الشخص إلى مستوى أعلى مما كان عليه قبل الأزمة.

نموذج عن الأزمة:

العلاج الأساسى وتقنيات التدخل:

المرحلة الأولى، تأسيس علاقة وألفة مع المتحدث على الهاتف:

1- تأسيس علاقة علاجية.

2- إتاحة الفرصة للمتحدثين كى يعبروا عن مشكلتهم. كن مسانداً ومقنعاً لهم.وليس فقط باحثاً عن حقيقة مشكلتهم.

3- تقدير شروط وظروف السلامة للمريض.

المرحلة الثانية: التعليم

1- العمل على تعليم المرضى أن أعراضهم عادية، فالمرضى يكونون فى حالة جنون بسبب الأعراض المذكورة،، ولذا فهم يحتاجون إلى أن يتفهموا أن ما يخبرون به من أعراض هو رد فعل عادى لحدث غير عادى.

2- تشجيع المتحدث على استخدام

ما لديه من استراتيجيات للمواجهة، حيث إن ذلك قد يساعده فى مواجهة تلك الأعراض المحددة.

أ- بدنية:

1- تمارين مع استرخاء بالتبادل.

2- التغذية" (الأكل 5-6 مرات يومياً، وجبات مغذية صغيرة، مع تجنب القهوة).

3- النوم (7-9 ساعات، تجنب نوم القيلولة لفترات أطول من 30 دقيقة).

4- العلاج الطبى (راجع الطبيب خصوصاً اذا كان عندك شهية أو اضطرابات فى النوم أو أى أعراض خطيرة أخرى).

ب- بيئية:

1- إيجاد مكان آمن وسالم.

2- أن يبقى فى حالة نشطة ومنشغلاً وألا يقيد حياته.

3- العمل على أن يخطط وأن يجدول حتى يعيد إلى حياته القابلية على التنبؤ.

ج- العلاقات الاجتماعية:

1- أن يتحدث مع الذين يمكنهم أن يمدوه بالعون والسند.

2- قضاء وقت مع الآخرين.

3- لاتعزل نفسك- إعادة إقامة العلاقات القديمة مع بناء علاقات جديدة.

4- اعمل شيئاً من أجل انسان آخر، فأنت لست وحدك فى الألم.

5- اكتب رسالة تصف فيها مشاعرك وكيف تشغلك.

د- نفسية/ عاطفية.

1- احتفظ بيوميات.

2- الإرشاد النفسى أو العلاج النفسى.

3- المرح - ابحث عن أشياء تبتهج لها وتضفى ابتسامة على وجهك.

4- التسلية - اندمج فى نشاطات مجددة.

5- الإبداع - عبر عن انفعالاتك من خلال الفن والشعر والموسيقى الخ.

6- حب الذات وحب الآخرين- إبحث عن طرق ترى بها ما هو جميل وإيجابى فيك وفى الآخرين.

هـ- روحانيــة/المعنــى الــوجودي

1- اندمج فى المعتقدات والممارسات الدينية الشخصية.

2- تذكــارى - إهــم بالطقــوس الدينية.

3- تفحص الهدف والمعنى فى حياتك (فرانكل.1963بانوس وأسبرج- 1992)

المرحلة الثالثة: خطة العمل والحل

لخص أفكار المتحدث لكى يكون باستطاعته أن يتم عمل شىء للبدء فى العلاج. وكذلك العمل على تذكير العملاء بالمصادر المتاحة والأشياء التى تكون سنــداً لهــم لتســاعد فى العلاج أو فى تحويلهم. اطلب منهم اذا كان فى الإمكان الاتصال بهم هاتفياً من أجل المتابعة وكيف تسير حياتهم.

فهم العلاقة الإرشادية:

إن العلاقات العلاجية أو الإرشادية تبدأ عندما يقوم المرشد بالرد على الهاتف. ومن هنا فإن الرقة والتهذيب فى النبرة الصوتية للمرشد وللغته ومهارات الاستماع سوف تؤثر على ثقة ومقدرة المتحدث فى تأسيس علاقة ألفة مع المرشد العامل على الخط الساخن:

ومــن شــأن خلفيــة الضــوضاء والمقــاطعات أو المشــاكل مــع توصيلات الهــاتف أن تؤثر على إدراك المتحــدث والمعالج حتـى إن كـانا غير قـادرين على السيطـرة على هـذه العـوامل. ويحتـاج المرشـد أن ينقـل الـدفء والاهتمـام إلى المتحــدث ويجــب أن يعبر المرشــد بحساسية ومساندة وتعزيز وعاطفة وألا يصدر أحكاماً.

ويحتــاج المعــالج أن ينقــل فهمــه الصــادق والمخلــص إلى المريض فيمــا يتعلق بألمه أو ضيقه.

ويتــم تدريب الإخصــائيين المســاعدين لتقــديم علاج أو تدخل قصير الأمد. والمرشد الجيد هو الذى يدرك دائماً حدود قدراته ومهاراته، ويقوم بعمل التحويلات بشكل ملائم

فالمرشد هو حليف ونصير وهو يدعم ويشجع المريض لا أن يدفعه. ويعد إقامة علاقات صداقة مع العملاء المرضى أمراً غير مناسب ولا أخلاق ويتداخل مع علمية علاج العميل. ضع حداً للكشف عن نفسك أمام المرضى وركز على أمورهم وبالرغم من أنهم قد يسألون أسئلة عن حياتك، إلا أنهم على الأرجح يفعلون ذلك لكونهم فى عجب إذا ما كنت تفهم مايعن لهم من أمور، وليسوا فى الحقيقة يريدون أن يعرفوك. ضع حدوداً معقولة مع العميل، ودع المتحدث يعلم أنك تفضل أن تركز الوقت عليه وعلى مايشغله أو أنك معين له.

إن العلاقة الإرشادية يمكن أن تكون باعثة على الإثابة لك أو على إجهادك. ولذلك فمن المهم أن تحافظ على صحتك الانفعالية ولذلك اعرف حدودك ومتى تحتاج إلى مساندة اتبع ما فيك من بصيرة وحكمة تشاور مع رؤسائك بشأن الحالات الصعبة، ولكن دائماً كن حذراً فى الاحتفاظ بسرية المعلومات. تقبل الأخطاء وتعلم منها. استمر فى التعلم وطور مهاراتك الإرشادية.

المهنية والموثوقية وأخلاقيات الإرشاد:

بالرغم من أن كل مرشد له أسلوب مختلف، إلاأنهم يمارسون عملهم بطريقة مهنية ومقتدرة. وتنطوى المهنية على فهم المرشد لقدراته ولجوانب القوة والضعف فيه والقدرة على اتخاذ القرار عند الضرورة واتباع إرشادات أخلاقيات المهنة.

إرشادات الموثوقية وأخلاقيات مهنة الإرشاد:

إنه لمن المهم أن يفهم الإخصائيون المهنيون إرشادات وحدود الموثوقية. وبالرغم من أن المقاييس المضبوطة تعتمد على عادات وآداب المهنة الملتزم بها داخل كل دولة. فهناك عموماً إرشادات ثابتة - داخل الولايات المتحدة الأمريكية (الرابطة الامريكية للطب النفسى، 1993، الرابطة الأمريكية لعلم النفس 1992 الرابطة الامريكية فى الزواج والعلاج الأسرى 1991 المنظمة الوطنية

للإخصائيين الاجتماعيين 1990). وهذه الإرشادات نلخصها فيما يلى:

1- إن المعلومات المتوافرة عند العاملين على الخطوط الساخنة لا تفشى إلى الآخرين دون إذن موقع من المتحدث. ومع ذلك، توجد بعض الاستثناءات لهذا، أولاً إذا كشف المرضى أو العملاء أنهم سوف يرتكبون تصرفات مؤذية لأنفسهم أو للآخرين، ولذلك قد يتم الاتصال مع السلطات المختصة، وكذلك إذا صدر حكم من المحكمة للإستفسار عن معلومات.

2- إذا كان العاملون على الخط الساخن يقومون بوصف حالات لأغراض تعليمية أو بحثية، فيجب أن يتم اتخاذ الإجراء المناسب لإخفاء هوية العميل.

3- يجب اتخاذ كل احتياط لكى يتم حماية معلومات البرنامج أو الوكالة من الذين هم خارج برنامج الخط الساخن. إن كل التسجيلات فيها الكتابية ومعلومات الكمبيوتر والمعلوات السمعية والبصرية يجب أن تحفظ (فى أمان) ومن الاستخدام غير المناسب.

4- يجب أن يتم إفهام العملاء أو المرضى عن الموثوقية فى المعلومات مسبقاً وبأسرع ما يمكن.

وفى تدريب المرشدين العاملين على الخطوط الساخنه، فإن فهم موثوقية المعلومات فى المواقف الحرجة يمكن أن يوضح خلال مناقشة التمرين الآتى:

تلك قائمة من الأسئلة تعتمد على إرشادات لموثوقية المعلومات لدى عديد من المنظمات المهنية. ناقش ما تعتبره سلوكاً ملائماً لكل سؤال (اكتب تقريراً عما تراه من إجابة)

1- إذا أخبرك شخص أنه سوف يرتكب جريمة ولكن ليس فيها تهديد للحياة بالخطر؟ (أمثلة على ذلك: سرقة، حيازة مواد غير قانونية، ابتزاز)

2- إذا كان الشخص يشىء معاملة

الطفل أو يهمله؟ (ماهو تعريفك لسوء معاملة الطفل).

3- إذا قال لك شخص بأنه يفكر بالانتحار؟

4- إذا قال لك شخص بأنه سوف يقتل نفسه أو يقتل غيره؟

5- إذا قال لك شخص بأنه سوف يدمر أملاكاً للغير أو أملاكه هو نفسه.

6- إذا سلح شخص نفسه بأسحلة وعبر عن وجود خطة لديه سوف يسبب بها الأذى لغيره؟

فهل تقوم بتحذير الضحية المقصودة؟

التعامل مع مكالمات مختلفة الأنواع:

ليس متوقعاً أن يكون المرشدون خبراء فى كل شيء ، ولكنهم يعرفون كيف وأين يحيلون المتحدثين حتى يستطيعوا حل مشاكلهم. هناك بعض خطوط الخط الساخن مصممة لكى تجذب المتحدثين الذين لديهم مشكلة ذات نوعية محددة، مثال ذلك: الطوراىء الطبية، أو الاغتصاب، أو الانتحار أو قضايا العمل. وبغض النظر عن الغرض الخاص للخط الساخن. فإن المرشدين عادة يجب أن يتعاملوا مع المكالمات آلتى تحمل مشكلات كثيرة ومتنوعة.

لذلك فإن المرشدين الذين يجيبون على خدمة الخط الساخن يجب أن يكونوا على استعداد للاستجابة لأنواع مختلفة من المشكلات لأنواع من الطلبات الكثيرة.

مكالمات المعلومات:

لا تعط أبداً معلومات أنت لست متأكداً منها. اطلب الإذن من المتحدث لتأخذ رقم هاتفه، وتحقق من المعلومات أولاً ثم قم بالاتصال به مرة ثانية. إن معظم العاملين على الخطوط الساخنة يجدون أن 80% من المكالمات تطلب استشارة وأن 20% فقط تطلب معلومات والواقع أن المعلومات هو طريقة يلجأ إليها متحدثون كثيرون لتقييم الخط الساخن. فإذا أحسوا أن طلبهم قد تم

التعامل معه بطريقة مرضية فإنهم فى الغالب سوف يطلبون المساعدة فى محنتهم.

المتحدث المتلاعب أو الصعب:

إن بعض المتحدثين قد يكونون غاضبين وعدوانيين جداً، فهم قد يستعملون لغة غير لائقة أو غير مناسبة، وأفضل شيء هو أن يتم التعامل مع هذه المكالمات بنفس الطريقة المحترفة للمكالمات الأخرى، ومع ذلك إذا لم يهدأ المتحدث وضح له بأنه مضطرب جداً؛ ولهذا السبب فإنك سوف تطلب من المشرف بأن يتصل به فى الحال، فالعاملون على الخط الساخن لا ينبغى أن يشعروا بإيذاء لفظى.

مكالمات الإزعاج والهزل:

إن الخطوط الساخنة تواجه أحياناً مكالمات الغرض منها فقط المزاح والإزعاج. وهذه المكالمات عادةً ما تكون واضحة للعامل على الخط الساخن، ومع ذلك، فإن العامل لا يكون متأكداً حيث يجب أن يظل على الخط حتى تصبح نية المتحدث واضحة. ولإنهاء المكالمة مع مازح، فإن المرشد قد يقول شيئاً مثل الآتى: "هذا ليس الاستعمال المناسب لهذا الخط الساخن، فنحن نحتاج أن نبقى الخط مفتوحاً لهؤلاء الذين يمرون بأزمة".

عمل التحويلات المناسبة:

إن جزءاً من خدمة الخط الساخن هو القدرة على إحالة (تحويل) المتحدثين إلى المصادر المناسبة. ولكى يتم عمل إحالة مناسبة يجب على المتحدثين أن يشعروا أن المرشد يتفهم مشاكلهم بعمق، وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم ينبغى أن يفهموا الغرض من الإحالة، ومن أن ذلك لصالحهم كذلك، فإن المرشد يجب أن يقدر ما إذا كانت هناك أى عوائق عند المتحدث، وأن يعالج مثل هذه المشكلة، بدوره، ويجب أن تعطى تفاصيل كاملة قدر الإمكان إلى المتحدث. مثال ذلك فهو يجب أن يعرف مع من يتصل ولماذا؟ وما المصادر العلاجية التى سوف تتوافر له من خلال الإحالة.

تأكيدالجودة والبحث:

إن تقييــم وتقــدير الجــودة يعتبر جزءاً من كل خدمة يقدمها أى برنامـج من برامج الاستشـارة الهاتفيـة، وفى ذلك توجد أنواع من النشـاطات التـى تسـاعد فى قياس الجودة.

إن مكالمة هاتفية للمتابعـة قد تتـم خلال أيام قليلة من المكالمة الأصلية (عادة 3-1 أيام) فبالإضافة إلى أن هـذه المكـالمة تظهـر اللطـف والاهتمـام فـإنهـا تسـاعد المرشد على تقييم برنامج الإحالة الأصلية وعلى مـا إذا كـانت هنـاك حاجة لمزيد مـن الخـدمة، إذن فـإن مكـالمة المتـابعة تمنـح المرشـد الفـرصة فى أن يدعـم بالـوثائق تأثير هذه الخدمة.

التوثيق:

إن جانباً مهماً من إجراءات البحـوث وتوكيـد الجـودة، هـو جمـع معلـومات دقيقـة. لـذلك فـإن إكمـال كـل الـوثائق يعتبر ضرورياً، ولذلك فإن كل مستشار على الخـط السـاخن مطـالب بأن يكمـل الأعمـال الكتابية ضمن زمن محـدد. ومما يعين على ذلـك تعيين عضـو لكـى يتـابع الـوثائق ثم يتصل بالمستشارين ليتحقـق من اكتمال كل الأعمـال الكتـابيـة فى الـزمن المحدد.

إن كـل مستشـار يجـب أن يكـون لديه فهم واضـح عـن النمـاذج، ومتـى يكـون ملائمـاً استخـدام هـذه النمـاذج وكيف يتم تعبئة كل طلب بشكل دقيق، ومـن الضرورى أن يتـم اكتمال الـوثائق وبشكل دقيق وواضح ومقروء.

إن القيـام بالـدراسات الإحصـائية الخـاصة بأنواع المكـالمات ومـواضعها السكـانية، وأوقـات الانتفـاع بالخـدمة، وأنمـاط الإحالـة والـوسائل العلاجيـة المقدمة، كل ذلك يكون معلومات مساعدة فى تخطيـط خدمـات إضـافية يحتـاجها المجتمع.

النشـاطات البرامجيـة المتطـورة استمـرار التـدريب والإشراف:

فلكـى نحتفـظ ونحسـن مـن جودة

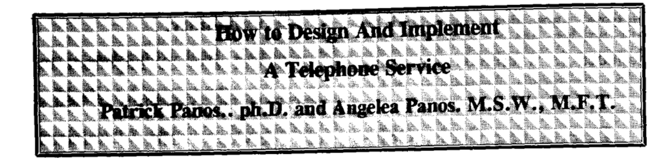
الخدمة التى يزودها الخط الساخن، فإن التدريب والتعليم يجب أن يكونا نشاطاً متطوراً لبرنامج خدمة الخط الساخن، ومن شأن ذلك أن يساعد فى بناء مهارات وقدرات المتدربين، كما يساعد فى الاحتفاظ بدافعيتهم ومعنوياتهم.

الاستمرار فى الشبكة العملية:

هو تنسيق الخدمات مع المجتمع، وتنظيم الإحالة إلى المؤسسات الأخرى، وتطوير دليل بالنشاطات المتطورة للخط الساخن. ولذلك يحتاج مدير الخط الساخن أن يكون مدركاً لأى مشكلة قد تنشأ حتى يمكن حلها.

تقييم البرنامج:

إن التقارير الدورية (ربع السنوية مثلاً)، والتى تتابع عدد المكالمات من الوثائق تبرر فائدة خدمة الخط الساخن، وبالإضافة إلى ذلك، فإن أبحاث الجودة يمكن القيام بها لتقييم ناتج عينة من المكالمات (ومع ذلك، فإن من المهم فى متابعة المكالمات أن يتم سؤال العملاء دون إكراه إن كانوا يحبون أن يشاركوا فى التقييم)، ويمكن الاستعانة باستبانة بسيطة يجرى تطبيقها، وذلك لقياس عناصر جودة الخدمة المقدمة عبر الهاتف، ومن هذه العناصر مثلاً: الاستجابة السريعة، ومهنية العاملين وكفاءتهم، وتوفير الإحالة المناسبة، .الخ.



The telephone "hotline" service is a type of outreach effort that eliminates many of the barriers that a person may have in getting counseling for their problems. Free, confidential help for problems, no matter how big or small make telephone services of this type very popular. It is important however to maintain the highest utility of service so that the callers and the community have respect and confidence in the program. This paper will describe the important steps that are necessary to design and implement a telephone counseling servcie.

1. Planning and Design A Hotline Service Defining a Mission Statement

The first step in designing and implementing a telephone hotline service involves defining a mission statement, or a statement that encompasses the purpose and the vision of the program. For example: to assist all Kuwaitis in sensitive and tinely manner "To help educate and support the healing of those affected by the war, who may be suffering grief or post-traumatic stress disorder", and "Promote the well being and psychological recovery of

victims", are ideas that could be included in a mission statement.

Determining Goals, Objectives and Services

Once the mission of what you want to accomplish with the telephone hotline service is clear, then, goals, objectives, as weak as a description of the type of activities or services that will be offered should be specified. For example: 1) 24 hour telephone hotline service that provides crisis assessment. Counseling, and referral in a confidential manner. 2) Education on symptoms and treatment of posttraumatic stress disorder. 3) Competent handling of each caller's needs through referral and follow-up, including coordination with other agencies and services.

A Vailability:

It will also be important to determine the availability or hours of service. The preferred availability for any telephone counseling service is 24 hours a day, and 7 days a week. Most services use telephone forwarding to a worker's or a centralized answering network to acomplish this coverage during off-peak hours.

Identifying Resources and Personnel

The next step in the planning process is to identify what personnel and resources are neede to implement the service. Most hotline services begin with a small group of part-time employees or volunteers and a director.

Selection and training of Hotline Counselor:

Many hot-lines are answered by nonprofessionals who are carefully selected and very well trained and thus are called "para-professionals". Counselors or para-professional counselors who are selected to answer the hotline must be adequately trained as well receive on going support, supervision, and consultation. The hotline workers need to be able to deal with many types of calls, including emergencies. Issues of recruiting and selecting appropriate, and whether they will be volunteer or employed need to be discussed.

The training of the workers can be accomplished by a specified training committee who oversee the recruiting. Selecting and training of the hotline staff. The committee members usually go through the training themselves and then are able to replicate aim as neesesary to ensure there is an adequate number hotline counselor. See the second section of this paper for an outline of the hotline counselor training.

Selecting a Spokes Person/ Director:

Usually the director of the hotline service is required to know all aspects of the service. However, answering the hotline is not normally the director's responsibility, but it is still important that they are trained and able to provide this service as a back-up.

Usually the director also acts as a spokesperson to perform public relations tasks, Marketing,

education. The director can educate the public as well as other social service agencies regarding the hotline program. It is critical that the hotline service coordinates well with other existing human service agencies. The mission of the hotline should be clearly understood and supported by other agencies. The hotline workers should be famillar with the services of other agencies and understand how to refer to them.

Creating a Resource Directory:

Most telephone counseling services accomplish referrals and coordination with other agencies by maintaining and index of information or referral resource directory that they have either created or adapted for their needs. The index or directory should be continually updated.

Marketing Plan

Through public relations and marketing efforts, the hotline will be recognized for its information and assistance.

Networking the Other Agencies:

Community agencies and outside professionals (e.g. Doctors, health care workers, ploicy makers, school administrators, social workers, psychologists, place, teachers, and community and religious leaders) can be educated about the hotline service. This will serve to increase visiblity and encourage utilization. The goal of the public relations efforts is to ensure that every person in need is reached and understands how to use the hotline service.

Name, Number, and Service Recognition:

Marketing the phone number and service is an important part of design and successful implementation. Names of services that advertise both numbers and their purpose are easy to recall, for example: 321-Help or Concern (266-2376), 456, Aids, 654 -Info. Another method is to choose a very clear and descriptive name with a simple number, for example, Teen-Help 321-1111, Ask - a- Nurse 922-2222, Suicide Prevention 433-2121, Rape Crisis 555-5555, and Baby Your Baby 1-800-8333.

Once the name and number of the service has been chosen, it is necessary to plan how to advertise the number. The way a service is marketed will determine its success. There are many methods, but it is critical that an attitude of caring and professionalism is conveyed by whatever means are chosen.

If you expect that the Kuwait culture will be unfamiliar, suspicious. or resistant to using a hotline service, then education must be provided as part of a marketing strategy to help eliminate the barriers thery perceive to using the service. For example, if confidentiality is a concern, then it is important to emphasize how privacy is maintained. Notice how the following radio advertisement of a hotline service effectively dissolves these barriers:

A Woman Talking:

I never thought I could tell

anyone how I realy felt. My family were tired of seeing me so depressed, but I was afraid of what they would think if I went for counseling. When I finally made the call, the person who answered listened and understood. I was able to get help, and now I am feeling better, I found out you shouldn't suffer in silence, there is someone who can understand, so call.

Establishing Policies and Procedures

Confidentiality:

An advantage to a telephone service is that it provides a greater anonymity to the caller. However, an agency or program must define what the limits to confidentality are for their program. Privacy in regards to the caller's identity and content of their call is a top priority. However, the ethical and legal restrictions on confidentiality are important to clarify.

Once the restrictions to confidentiality is determined these should be clearly stated in the operations manual. All hotline personnel should have a clear understanding of the confidentiality policy. All callers to the hotline should be made aware of the policy as soon as it is appropriate.

Compiling an Operations Manual:

The mission statement goal objectives policies and procedures confidentiality limits as well as information regarding the operation of the hotline service should be included in an

operations manual. The manual can also include the information that is covered in the initial training, however the information that is covered in the initial training, however, the referral resource index or directory should be kept separate. A comprehensive operations manual will be an helpful tool for new hotline counselors.

11. Implementing the Hotlins Service:

Hotline Counselor Training

Agenda

Orientation:

The purpose of an orientation is to provide hotline counselors an overview of what they learn during training. Additionally, hotline workers will be provided an understanding of the philosophy of the service, as well as a brief history of the organization. The purpose of the orientation is to provide the general background infromation needed for the counselors to effectively learn their role in the hotline service agency.

Counselors Responsi-bilities and commitments:

In order to effectively run the service, the agency must be able to depend upon its workers. In order to be part of the hotline service, conselors must be willing to accept certain responsibilites and make commitments. Although specifics will differ between hotlines, common examples of responsibilities and commitments are as follows.

1- Each counselor must be willing to accept supervision from the hotline director.

Supervision may also include attendance to scheduled meetings with professional clincal for review of casework.

2- Counselors are responsible for finding their own substitute if unable to cover their responsibility at the hotline.
3- Seek help from supervisor if a case proves to be difficult or involves unusual or challenging problems.
4- Maintain confidentiality as established and stated in the hotline operations manual.
5- Counselors are responsible for being current with documentation and paperwork.
6- All counselors must have respect for each other, as well as for other staff members. This includes working out problems with the individuals, with assistance from other staff if appropriate, if conflicts arise. The focus should be to maintain the ability of the hotline to provide services.
7- Have no interaction with callers beyond the listener role which shall be limited to professional contacts through the hotline.

Assessment and Trial of Emergency Calls:

People calling the hotline will sometimes require immediate or emergency services. The counselor answering the line needs to be able to accurarely identify the problem and quickly direct the caller

appropriately. (for example, if the caller expresses harmful intentions towards self or others, assistance with a friend or loved one that is extremely distressed and may be dangerous, or a medical emergency).

Medical: If you feel the callers may be in acute medical need, such as respiratory failure, or poisoning, you must get enough informations so yo send emergency help to them, whenever possible, keep them on the line while you get help on the way, and stay on the line until help arrives. If it is not a medical emergency, but there are medical complications or needs, refer them to a medical doctor for help.

Danger to Others: If a caller theratens to harm someone else, it is improtant to assess the seriousness of the situation and then if you consider the threat to be real. Call the police to respond. It may also be appropriate to warn the intended victim(s).

Following are two actual phone calls received by a hotline that were very similar, but required a very different response.

Example 1:

A woman calls and says "I am going to Kill my Kids, I can't stand it anymore". The hotline counselor asked the woman cried and went on to describe that since her husband had died, She had been exhausted, the kids were misbehaving, and she felt overwhelmed. The crisis worker did not feel like she would

actually harm the children, but rather that she needed support and counseling. Later in the call the woman stated, "My children are all I have, I don't really want to hurt them".

Example 2:

A Woman calls and says: "I am going to kill my kids, I can't stand it any more". The hotline counselor asked the woman who was holding a kinfe to her odest son's throat and if he tried to leave the house she would kill him. The hotline worker kept the woman on the phone and got enough information to get the police to her house immediately. Asking the woman to hold for just a minute, he called the police on another line. The hotline worker then returned to the conversation with woman, stayed on the line and kept the woman as calm as he could until the police arrived.

Suicidal/ Danger to Self: it is important to throughly assess suicidal ideation or behaviors. Following are three important factors to consider.

1. Indicators of sucidal risk: There is no single predictor of whether someone will evidence suicide behaviors (Leigh and Raser, 1992). However a review of the current research shows that the most significant Known risk factor for suicide is a previous attempt. In order to accurately assess for suicide look for a pattern of serveral danger signs, identified by Beck et al. (1974), and Ellis (1986), from the list below:

* Prior suicidal attempts (#) I most significant risk factor).
* Plan for the suicide and availability to carry out the plan.
* Expresion of suicidal thoughts.
* Giving away prized possessions.
* Isolation or social exclusion.
* Recent loss or service disappointment, such as loss of loved, one, or job.
* Sever or chronic health problems, or painful condition.
* Change in eating and sleeping habits (excessive fatigue).
* Hopelessness and helplessness.
* Anxiety prone.
* Shame, or self blame.
* Feelings of worthlessness.
* Depression (sometimes a sudden, unexplained lft in the depression).
* Preocupation with own pain.
* Focus on the present, sense of time limited to obtaining immediate relief.
* Feeling trapped and like there are no options.
* Creative problem solving abilities curtailed, perceptions that suicide is only way to solve problems.
* Impulsive behavior, lack of anticipated consequences.
* Recent stressful events or failures.
* History of suicide in family or close friends.
* Passive, victim role.
* Warnings or requests to others seeking help.

2. Questions that the hotline counselor should ask the caller:

If suicide potential is suspected, hotline counselors should explore the client's thoughts about death, suicide, and self-harm. If there are positive indications of possible suicide, follow-up questions should cover:

a. actual intent.
b. available means.
c. potential restrain factors (e.g., religious beliefs, relationship with significant others, etc.).
d. seriousness and nature of any past attempts.
e. ability to control behavior.

Hollon (1984) proposes that the following questions concerning suicidal history and present suicidal ideation should be covered if potential self harm exists:

Suicide History:

1- Whether and how often the client had previously experienced suicide ideation.
2- Whether previous suicide ideation led to suicide attempts.
3- If an attemp was made,
   a. was it made in a planned and deliberate manner?
   b. how potentally lethal were the means?
   c. how likely was it that the attempt would be interrupted before it resulted in death?
   d. What have been the practical and psychological consequences of those attempts?

4- What factors existed to deter suicide attempts?

5- What plans did the client or others make to prevent suicide?

6- History of suicide attempts in family members.

Present suicide Ideation:

1- How frequent and intense is the suicide ideation?

2- How helpful/hopless is the client about the future?

3- Does the client have a plan and, if so:

   a. how lethal is the planned method?

   b. how available are the leans?

   c. how likely is the attempt to be interrupted before it results in death (how likely is it that the client will be found by someone else in time to save her/his life.

4- How socially isolated is the client?

5- What deterrents to suicide exist (e.g., family, friends, religious beliefs)?

6- What precautions should be taken by the client and/ or therapist to prevent suicide attempts, and is the client willing to take them?

3. Preventative and treatment techniques to use with a caller that is suicidal: Once suicidal potential has been determined, there are several steps that a telephone coluenselor may take in handling a suicidal caller. They are as follows:

1- Develope a safety with the

client. This may include contacting family or friends to stay with the client, hospitalizing the client, or plan to remove planned means by which the suicide would be carried out additionally, the counselor may contract with the client that they will not harm themselves for a set period of time, but the sincerity of the promise must be assessed.

2- Help the client explore reasons for living and move towards problem solving. For example: the question may be asked "what prevents you from taking your life?".

3- Emapthize with the client's distress and the educate that suicidal feelings are a normal reaction to trauma and often is temporary in nature.

4- Reexamine with client whether suicide is truly the only solution available to the client. Help the person realize they do have options.

5- Help the caller engage in problem solving and generate other alternatives.

6- Help the client see gray areas instead of "black and white" thinking.

7- Have caller confront illogical justifications for suicide. For example the belief their family will be better off without them, when in reality the affects of their suicide would be devastating to the family (Beebe, 1975).

Empathic Listening and Telephone Counseling Techniques:

After the hotline counselor assesses and understands the caller's needs, he must be able to provide information, brief, supportive counseling, or referrals appropriately, in some cases he will facilitate a plan of action that will be understandable to the caller. Other times he may only need to give supportive, empathic listening. Following is an overview of empathic listening techniques.

Empathic listening is a skill that can be learned and developed with practice. There are several steps the connselor must accoplish in order to listen empathetically first, the counselor must have the ability to listen carefully to the content and emotional feeling that the caller is trying to express. Next, the counselor must be able to verbalize feeling words that describe the feelings that the caller is trying to express. (Note: The words should be slightly disserent than the caller, so as not to sound like you are repeating what they are saying). After receiving confirmation of the accuracy of their description, the caller moves into either a deeper expression of content or feelings, or moves towards problem resolution.

Example:

Caller: My dog died today. I feel like I lost my best friend. He was my pet for 10 years.

Counselor: It sounds like you are feeling a tremendous loss of

someone close to you. Your dog was some one you felt deeply about for many years.

Caller: Yes, that is exactly what I am feeling.

The advantage of using empathic is that it is an extremely effective tool of counseling over a telephone.

Crisis or Acute Reaction to Trauma and Posttraumatic Stress Disorders Theory:

In training paraprofessionals for a hotline, it is important that an adequate background concerning crisis acute reaction to trauma be given. In brief, post traumatic stress Disorder (PTSD) is a relatively recent term first defined in the DSM-III (American Psychiatric Press (APA, 1980 and later redefined in the DSM-III-R (APA, 1987 as follows:

A. The person has experienced in event that he is outside the range of usual human experience and that would be markedly distressing to almost anyone, e.g., serious threat or harm to one's children, spouse, or other close relatives and friends, sudden destruction of one's home or community or seeing another person who has recently been or is beeing seriously injured or killed as the result of an accident or physical violence.
B. The traumatic event is persistently re-experienced

in at least one of the following ways:

1. recurrent and intrusive distressing recollections of the event (in young children, repetitive play in which themes or aspects of the trauma are expressed).
2. recurrent distressing dreams of the event.
3. sudden acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations, and dissociative [flashback] episodes, even those that occur upon wakening or when intoxicated).
4. intese psychological distress at exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event, including anniversaries of the trauma.

C. Persistent avoidance of stimuli associted with the trauma or numbering of general responsiveness (not present before the trauma), as indicated by at least three of the following:

1. efforts to avoid thoughts or feelings associated with the trauma.
2. efforts to avoid activities or situations that arouse recollections of the trauma.
3. inability to recall an important aspect of the trauma (psychogenic amnesia).

4. markedly diminished interest in significant activities (in young children, loss of recent acquired developmental skill such as toilet training or language skill.
5. feeling of detachment or estrangement from other.
6. restricted range of affect, e.g., unable to have loving feelings.
7. sense of a foreshortened future, e.g., child does not expect to have a career, marriage, or children, or a long life.

D. Persistent symptoms of increased (not present before the trauma), as indicated by at least two of the following:
1. difficulty falling or staying asleep.
2. irritability or outbursts of anger.
3. difficulty concentrating.
4. hypervigilance.
5. exaggerated startle response.
6. physiologic reactivity upon exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event (e.g., a woman who was raped in an elevator breaks out in a sweat when entering any elevator.

E. Duration of the disturbance (symptoms in A. B. and D.) of at least one month (pp. 250-251).

In addition to PTSD, there are additional symptoms associated with victimization, which is a

sub-category of traumatic stress that occurs as a result of being victimized at the hands of another human being. In other words victimization symptoms are psychological, in addition to PTSD symptoms, that occur when the traumatic event is one person subjugating or hurting another. OCHBERG (1988 A) Lists possible symptoms of victimization, also known as victim stress disorder, as follows:

1- Shame: deep embarrassment, often characterized as humiliation or mortification.
2- Self-Blame: exaggerated feelings of responsibility for the traumatic event, with guilt and remores, despite obvious evidence of innocence.
3- Subjugation: feeling belittled, dehumanized, lowered in dominance, powerless, as a direct of the trauma.
4- Morbid Hatred: obsessions of vengeance and preoccupation with hurting or humilating the perpetrator, with or without outbursts of rage.
5- Paradoxical Gratitude: positive feelings toward the victimizer ranging from compassion to romantic love including attachment but not necessarily. Identification: The feelings are usually experienced as ironic but profound gratitude for the gift of life from one who has demonstrated the will to kill (Also known as pathological

transference and "Stockolm syndromd").

6- Defilement: feeling dirty, disgusted, disgusting, tainted, "like spoiled goods" and in extreme cases rotten and evil.

7- Sexual inhibition: loss of libido, reduced capacity for intimacy more frequently associated with sexual assault.

8- Resignation: a state of broken will or despair, often associated with repetitive victimization or prolonged exploitation, with markedly diminished interest in past or future.

9- Second injury or second wound: re-victimization through arough participation in the criminal justice, health, mental health, and other systems (vulnerability to be revictimized).

10- Socio-economic status downward drift: reduction of opportunity or life-style, and increased risk of repeat criminal victimziation due to psychological, social, and vocational impairment. (pp. 8-9).

In addition to the symptoms listed by Ochberg (1988 a), earlier work conducted by Burgess and Holmstrom (1979) suggested addition symptoms of victimization that relate to core PTSD criteria: irritation towards others, hypervigilance and feelings of not being safe, memory deficits, intrusive memories, social isolation, and concentration deficits.

Typically, hotline counselors respond to people who are currently in a crisis due to their symptoms of victimization and PTSD. Therefore, in addition to having a basic understanding of PTSD and victimization, hotline workers should also be familiar with a crisis model. A brief outline of the crisis model is as follows:

CRISIS INTERVENTION

Assess individual and his problem:

* Precipitating event.
* suicidal/homicidal risk.
* pre existing circumstances.
* persons perception of the crisis.
* amount of help or hinderance from significant others in their life.

Plan the therapeutic intervention:

* Geared to restore to the pre-crisis level.
* How long since crisis occurred (24hrs, 1-2 wk, etc..)?
* How much disputed is personal life?
* Effects of dispution on others in his/her environment.
* Strengths of person.
* Coping skills.

Intervention:

* Depends on preexisting skills.
* Creativity.
* Helping the individual to gain an intellectual understanding of crisis.
* Explore coping skills.
* Social support.

Resolution:

* Reinforce coping skills.
* Reconfirm the progress made.
* Assist in making realistic planed because of the crisis.

Minimum Goal: Psychological resolution of the immediate crisis and restoration to least the level of functioning that existed before the crisis.

Maximum Goal: Improvement in functioning above the pre-crisis level.

Crisis Model

Basic Treatment and Intervention Techniques:

Phase 1: Establish a rapport with the Caller.

1- Establish a therapeutic relationship.
2- Provide opportunity for the caller to tell his story. Be supportive and understanding, not factifinding.
3- Assess safety issues.

Phase II: Education:

1- Education to normalize the symptoms (people feel like they are "going crazy") and they need to understand that they are experiencing a "normal" reaction to an "abnormal" event).
2- Encouraging the caller to engage in coping strategies that may help them cope whith their specific symptoms.

A. Physical: (Meerwin and smith-kurtz, 1988)

1- Exercies alternated with relaxation.

2- Nutrition (Eat 5-6 times a day, small nutritious, avoid caffeine).

3- Sleep (7-9 hours, avoid naps longer than 30 minutes).

4- Medical (see a doctor), especially if you are having appetite, sleep disturbance or other severe symptoms.

B. Environmental:

1- Find a safe, peaceful place.

2- Stay active and involved, do not restrict your life.

3- Plan and schedule to bring predictability back into life.

C. Social/ Relationship:

1- Talk to people who are suppo- rtive.

2- Spend time with others.

3- Don't isolate yourself - reestablish old relationships and build new ones.

4- Do something for someone else, you are not alone in your pain.

5- Write a letter describing how you feel.

D. Psychological/ Emotional:

1- Keep a journal.

2- Psychotherapy or counseling.

3- Humor-find things to enjoy and laugh about.

4- Recreation-engage in activities that are renewing.

5- Creativity-express your emotions through art, poetry, music, etc.

6- Loving of self and others-find ways to see the good yourself and others.

E. Spiritual/ Existential Meaning:

1- Engage in renewing personal

religious beliefs and practices.

2- Memorials develop rituals to mourn.

3- Examining your purpose and meaning in your life (Frankl, 1963, Panos and Ochberg, 1992).

Phase III: Action plan and Resolution:

Summarize the caller's ideas as to what specific things they can do to begin healing remind them of resources that are available and referrals that you are recommending to them. Ask if you can make a follow-up call to see how they are doing.

Understandign the counseling Relationship:

The counseling or therapeutic relationship begins when the counselor answers the phone. Subtleties in the counselor's tone voice, vocabulary, and listening skills will impact the caller's trust and ability to establish a rapport with the hotline worker. Background noise, interruption or trouble with the phone connection may also affect the caller's view of the therapist, even if they are not in control of these factors.

The counselor needs to convey warmth and caring to the caller. They should express senitivity, supportiveness, nurturing, compassion, and be non judgmental. The therapist needs to convey a genuine and sincere understanding of their pain or distress.

Para-profeesional counselors are trained to provide only short

term in - tervention and a good counselor always recognizes the limits of their abilities and skills and makes referrals appropriately. The counselor is an advocate and an ally, they are there to support not push the client.

Developing friendships with clients is inappropriate and interfers with the cleint's healing process. Limit your self disclosure and keep the focus on their issues. Although they may ask you questions about your life, they are probably only wondering if you understand their issues, not reallly wanting to know you. Set reasonable boundaries and let the callers know that you would prefer to focus the time on them and their concerns.

The counseling relationship can be rewarding or draining. It is important to maintaing your own emotioal health. Know what your limits are and when you need support. Follow your own good advice. Share tough cases with your supervisor, but always be careful to maintain confidentiality. Accept mistakes and learn from them. Continue to learn and develop your counseling skills.

Professionalism, Confid-entiality and Ethics:

Although each counelor has a different style, it is important they conduct themselves in a professi-onal and competent manner. Prof-essionalism is understanding ones strengths and weaknesses, referring when necessary, and following established ethical guidelines.

Guidelines for Confidentiality and Counseling Ethics:

It is important that the paraprofessionals understand both the guidelines and limits of confidententiality. Although exact standards depend upon the customs and ethics adhered to within each country, there are generally hot guidelines within the united states (American psychiatric association, 1993; American pychological Association, 1992; American Association of Marriage and Family Therapy, 1991; & national Association of Social Workers, 1990). Briefly, these guidelines are as follows:

1- Information provided to hotline workers can not divulge to other unless a signed release is obtained from the caller. There are, however, some exceptions to this limit. First, if clients reveal that they are going to commit acts that will be harmful to themselves or other proper authorities may be contracted. Also, if order by proper court authorities, relevant information by be given.
2- If hotline workers are describing cases for educational or research purposes, action must be taken to disguise the identity of individual clients.
3- Every precaution must be taken to protect program or agency records from people outside of the hotline program. All records, including written, audio-visual, or computer

data, must kept secure from in appropriate use.

4- Clients should understand the prior confidentiality as soon as appropriately possible.

In training hotline counselors, the understanding of confidentiality in questionable situations can be enhanced through the following Discussion Exercise:

Following is list of quetions that based on the hotlines for confidentialilty of several professional organizations. Discuss what would consider proper behavior under each question.

should you report:

1- If a person tell you they are going to commit a crime that will not endanger life? (Examples are burglary, possession of illegal substances, blackmail).

2- If a person is abusing or neglecting a child? (what are your definitions of child abuse?).

3- If a person tells you that they are going to kill themselves or someone else?

4- If a person tells you that they are going to destroy property, either their own, or someone else?

5- If a person has armed himself with a weapon and is expressing a plan to cause harm to someone else? should yo warn the intended victim?

Handling Different Types of Calls:

It is not expected that the

counselors be the experts on everything, but that they know how and where to refer the callers to get their problems resolved. Some telephone counseling hotlines are designed to attract callers with a specific type of problem, for example: medical emergencies, rape, suicide, or employment issues. Regardless of the expressed purpose of the hotline, they usually must handle callers of many types. Therefore, counselors answering the hotline service must be prepared for many different kinds of inquiries.

Information Calls: Never give information that you are unsure of request permission of the caller to get their number and verify the information first, then call them back. Most hotline workers find that 80% of information calls are really wanting counseling, and only about 20% are realy only requesting information. Requesting information is a way that many callers evaluate the hotline. If they feel like their request was handled in a profeesional manner, they will most likely ask for help with their distress.

Difficult or Manipulative Callers: Some callers may be excessively angry or aggressive. They use inappropriate language. It is best to try to handle these with the same professional manner as other calls to the hotline. However, if the caller does not calm, explain him that you can tell he is extremely upset and for that reason you are going to have a supervisor to call him immediately. Hotline workers do not need

to feel like they must take verbal abuse.

Joke or Nuisance Calls: At times hotlines have callers who make joke or nuisance. Usaually these calls are obvious to the hotline worker, however if the worker is unsure, they should stay on the line until the intent of the caller is clear. To end a call with a joker, the counselor could say something like, "This is not an appropriate use of this hotline. We need to keep the line open for those who are experiencing a crisis".

Making Effective Referrals:

Part of providing a hotline service is being able to refer callers to appropriate reasources. In order to make an effective referral, the callers must feel that the counselor understands their concerns thoroughly. Additionally, they must understand the purpose of the referral and they just believe that following through with the referral will be valuable. Also, the counselor should assess whether there are any barriers to the callers and work these through with the callers. When ever possible as much detail as possible should be given to the caller. For example, the caller should know who are calling, why and what resources the referral will be able to provide them.

Quality Assurance and Research:

Quality assessment is an important part of every program service. There are types of activities that help measure quality:

Follow-up Calls:

A follow-up telephone call can be made within a few days of the original call (Usually 1-3 days) to the calledsyshat eritingl toasmarasthely name and number with the counselor. Besides showing kindness and concern, it helps the counselor evaluate the outcome of the original referral and see if further services need to be provided. A follow-up call also provide the counselor an opportunity to document the effectiveness of the service.

Documentation: An important part of conducting on going research and quality assurance is gathering accurate information. Completing all documentation and paperwork is therefore essential. Each hotline counselor must be obligated to complete and submit paperwork a set period of time. It is often helpful to have a staff member assigned to track what documentation is be completed in a timely manner. Each counselor should have a clear understanding of the forms, when it is appropriate to use the form, and how accurately complete each form. It is mandatory that all documentation be complete, accurate, and legible.

Tracking demographics of the type of callers, times the service is utilized, and types of referrals offered, can be helpful information in the planing of additional services that may be needed in a community.

Ongoing Program Activities

Continuing Training and Supervision:

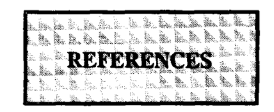
In order to maintain and improve the quality of service provided by the hotline, continuing education and training need to be an ongoing activity of the hotline service program. They will help build the skills and abilities of the counselors, and also assist in maintaining their motivation and morale.

Continuing Networking:

Coordination services to the community, referrals that are made to other agencies, and updating the resource directory are all part of the ongoing activities of the hotline. The Hotline Directory needds to be made aware of any problem that arises so that quick resolution can be used.

Evaluation of program:

Quarterly and utilization reports that track the number of calls from the documentation can justify the usefulness of a hotline service. Additionally, quality research can be accomplished to evaluate the outcome of a sample of calls. (However, it is important in the follow-up calls to ask, in a non- pressuring, if they would like to participate in the evaluation). A simple questionnaire can be conducted that measures quality components of the service (Quick response time, professional, competent, staff, providing appropriate referrals, etc).



REFERENCES

1- American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). 1992, AAMFT code of ethics, Wahsingtion D.C. Author.

2- American Psychiatric Association (APA) (1980), Diagnostic and statistic manual of mental disorders (3rd ed.), Washington D.C. Author.

3- American Psychiatric Association (APA), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.) washington D.C. Author.

4- American Psychiatric Association (APA), (1993), The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. Washington D.C. Author.

5- American Psychiatric Association (APA),(1992). Ethical principles of psychogists and code of conduct. American psychologist, 52-66.

6- Beck, A. T., Schuyler D., & Herman, (1974), Development of suicidal intent scales. In A.T. Beck,

H. Resnick, and J. Letierd (Eds). The Prediction of suicide. Bowie, MD, Charles Press.

7- Beebe. J. E., (1975). Treatment of the suicidal patient. In C. P. Rosenbaum and J. E. Beebe (Eds.). Psychiatric treatment: Crisis clinic consultation. New York, Mcgraw Hill.

8- Burgess, A. W. & Holmstrom, L. (1979), Rape: Crisis and recovery Bowie, MD. Prentice-Hall.

9- Ellis, T. (1986). Toward a cognitive therapy for suicidal individuals Professional Psychologist. 17, 125-130.

10- Frankl. V.E. (1963). Man's search for meaning. Boston: Becon Press.

11- Hollon, S.D. (1948). System for rating psychotherapy audiotapes. Contract Report 278-81-0031 (ER.) Published by national Technical Information Service, U.S. Department of Commerce. Spring-gield, VA 22161.

12- Leigh, H., & Reiser, M.F. (1992). The Patient. New York: plenum Press.

13- National Association of Social Workers (NASW). (1990). NASW code of ethics. Washington D.C.: Author.

14- Ochberg, F. M. (1988 A), Post- traumatic therapy and victims of violence. In F. M. Ochberg (ED.). Post Traumatic Therapy and

Victims of violence (pp 3-19) New York: Brunner/ Mazel.

15- Panos, A. & Ochberg. F. (1992) From Suriving to Thriving: Healing From A Hostage Crisis. Paper presented to the International Conference of the International Society of Traumatic Stress Studies. Beverly Hills. California.

عرض البحث

إن خدمة الخط الساخن الهاتفية نوع من السعى بعيد المدى نحو تذليل كثير من العوائق التى يواجهها الأشخاص فى الحصول على المشورة لحل مشاكلهم. ويجب المحافظة عليها بدرجة عالية حتى يمكن لمستخدمى الهاتف وللمجتمع أن يولوا البرنامج تقديرهم وثقتهم.

تصميم وتخطيط خدمة الخط الساخن:

إن الخطوة الأولى فى تصميم وتطبيق خدمة الخط الساخن الهاتفية تنطوى على تعريف نص رسالة أو إيضاح يضم غرض ورؤية البرنامج. بعد ذلك ينبغى تحديد الأهداف والموضوعات وكذلك وصف أنواع الخدمات والأنشطة المقدمة. ومن المهم تحديد المدى المتاح وساعات الخدمة.

والخطوة التالية فى تخطيط العملية هى التعرف على الأفراد والموارد المطلوبة لتطبيق الخدمة، وتبدأ معظم خدمات الخط الساخن بواسطة مجموعة من الموظفين والمتطوعين لبعض الوقت بالإضافة إلى مدير لهم.

يجيب على العديد من الخطوط الساخنة مرشدون غير مختصين يتم اختيارهم وتدريبهم بشكل جيد، ولذا يمكن أن يطلق عليهم (شبه المحترفين). وينبغى تدريبهم بصورة ملائمة، بالإضافة لتقديم الدعم المستمر والمتابعة والتشاور. ويتطلب فى العاملين على الخط الساخن القدرة على التعامل مع عديد من أنواع المكالمات بما فى ذلك الطارئة منها.

إن رسالة الخط الساخن يجب أن تكون واضحة ومفهومة ويتم دعمها من جانب الوكالات الأخرى، وينبغى على العاملين بالخط الساخن أن يألفوا خدمات الوكالات الأخرى ويفهموا كيفية الرجوع إليها.

إن معظم خدمات الاستشارة الهاتفية تتولى التعاون والتنسيق مع غيرها من الوكالات، وذلك من خلال الاحتفاظ بفهرس للمعلومات حول دليل المورد المرجعى الذى يتم إنشاؤه وتطويعه وفقاً لاحتياجاتهم، ويجب العمل على استمرار تحديث الفهرس أو الدليل.

إن تسويق رقم الهاتف والخدمة جزء مهم من التصميم والتطبيق الناجح، وبمجرد اختيار رقم ومسمى الخدمة فإنه من الضرورى التخطيط للإعلان عن الرقم. إن الأسلوب الذى من خلاله يتم تسويق الخدمة يحدد نجاحها، وتوجد عدة طرائق ولكنه من المنتقد الاتجاه نحو الاحتراف من خلال أى وسيلة مختارة.

وإذا ما توقعت أن الثقافة الكويتية غير مألوف لديها استخدام خدمة الخط الساخن، فمن الواجب تقديم التثقيف كجزء من استراتيجية التسويق، وذلك من أجل إزالة العوائق التى تدرك من جانبهم فى استخدام الخدمة.

إن ميزة الخدمة الهاتفية أنها تتيح قدراً كبيراً من عدم رؤية المتحدث، إن الأولوية القصوى تتمثل فى الخصوصية تجاه هوية المتحدث، إن الضوابط الأخلاقية والقانونية الخاصة بالسرية من المهم إيضاحها.

تطبيق خدمة الخط الساخن:

لكى تتم إدارة الخدمة بشكل فعال فإن الوكالة يجب أن تكون قادرة على الاعتماد على العاملين بها، ويتعين على المرشدين قبول مسؤوليات والتزامات محددة.

- يجب على المرشد قبول المتابعة من جانب مدير الخط الساخن.
- يكون المرشدون مسؤولين عن إيجاد بدائل لهم عند عدم القدرة

على تغطية مسؤولياتهم.

- التماس مساعدة المشرف فى حالة صعوبة الحالة أو انطوائها على مشكلات غير عادية.
- المحافظة على السرية المحددة والمنصوص عليها فى دليل العمليات.
- يكون المرشدون مسؤولين عن الوقوف على الوثائق وأوراق العمل.
- يجب على كافة المرشدين أن يحترم بعضهم بعضا.
- عدم التفاعل مع مستخدمى النداءات فيما يخرج عن الدور بمستمع ينبغى عليه التقيد بصلة الاحتراف عبر الخط الساخن.

يحتاج المتحدثون عبر الخط الساخن أحياناً لخدمات طارئة وفورية. ويطلب من المرشد الذى يرد على الخط القدرة على التعرف بدقة على المشكلة وتوجيه المتحدث بسرعة وبشكل ملائم.

فى حالة الشعور بأن المتحدث بحاجة لعلاج حاد مثل فشل فى التنفس، أو النزيف، أو التسمم، فعليك الحصول على معلومات كافية حتى يمكن توجيه توصية مساعدة عاجلة لهم، ويكون من الأفضل إجراء ذلك من خلال إبقائهم على الخط إلى أن يتم تقديم المساعدة بهذا الشكل. وإذا لم تكن حالة طبية عاجلة، وكانت محصورة فى احتياجات ومضاعفات طبية فيجب عليك إحالتهم إلى طبيب معالج لمساعدتهم.

بعد تقدير مرشدى الخط الساخن وفهمهم لاحتياجات المتحدث يجب عليهم أن يكونوا قادرين على تقديم معلومات، وفى بعض الحالات يتولون تسهيل خطة للتصرف بحيث تكون مفهومة للمتحدث، وفى أوقات أخرى يمكن لهم فقط تقديم الاستماع العاطفى.

إن الاستماع العاطفى مهارة يمكن تعلمها وتنميتها بالممارسة، وتوجد خطوات عديدة يجب أداؤها من جانب المرشد لكى يستمع بشكل عاطفى، بحيث يكون المرشد قادراً على الاستماع بعناية

للمضمون والمشاعر الوجدانية، وأن يكون قادراً على التعبير عن الشعور ووصف المشاعر التى يحاول المتحدث التعبير عنها، وبعد الحصول على تأكيد دقة وصفهم فإن المتحدث يتجه إما نحو تعبير أعمق من محتوى المشاعر، أو تجاه حل المشكلة.

فهم العلاقة الاستشارية:

العلاقة العلاجية أو الإرشادية تبدأ عندما يقوم المرشد بالرد على الهاتف، برقة وتهذيب فى النبرة الصوتية للمرشد. والمفردات ومهارات الاستماع تؤثر على ثقة ومقدرة المخابر فى تأسيس علاقة ألفة مع عامل الخط الساخن.

إقامةعلاقات صداقة مع العملاء المرضى غير مناسب ويتداخل مع عملية مداواة العميل.

المناقشات والتعقيبات

متحدث:

أرجو توضيح نقطة العلاقة بين المعالج والعميل، ففى محاضرة أمس، قيل بأنه يمكن أن تقوم علاقة بعد اتصالين ويعطى موعد للعميل ويقدم له العلاج إلى أن تنتهى المشكلة، ويقول الدكتور باتريك فى بحثه أنه لو انكشف أمر العلاقة بين العميل والمعالج فسيكون هناك انكسار للعلاقة، ولم تعد تصلح للاستمرار، أى عليهما أن يبقى كل منهما مجهولاً بالنسبة للآخر. هل يمكن أن يكون الاتصال الهاتفى كاملاً؟ أى أن يكون استشارة وعلاجاً معا، أم أنه فقط استشارة بدون علاج؟

د. بدر:

هناك ثلاث طرق عند الدكتور شعلان للتعامل مع المكالمات الهاتفية، الطريقة الأولى:هى الاستشارة البحتة بواسطة الهاتف، الطريقة الثانية، هى تحويل بعض المكالمات الهاتفية لطبيب نفسى إذا اكتشفت أمراض عقلية، الطريقة الثالثة: قد تصل إلى المتابعة مع المريض والذهاب معه للطبيب النفسى.

أ. بهيجة بهبهانى:

أتساءل إن كان كلام الدكتور مناسباً لبيئتنا بالنظر لوجود اختلاف فى الحياة الاجتماعية أريد أن أسأل: عندما أتصل للمرة الثانية مثلاً فهل سيرد على نفس الشخص الذى استشرته فى المرة الأولى والذى حددت معه موعداً؟ هل يعلم المسؤولون بهذه الخطوة؟ هل ستكون هناك عدة خطوط هاتفية لا خط

واحد نظراً لكثرة وتعدد المشاكل النفسية وبعضها تكون مستعجلة؟ وهل ستحدد أرقام مثلاً 700 للاكتئاب و800 للأرق؟ وكيف سيكون الوضع؟

د. باتريك:

إن خدمة الاستشارة الهاتفية متنوعة وتتم على مستويات مختلفة من طلب المعلومات والاستشارة والإرشاد والعلاج، ولكنها جميعاً وكما ذكرت تتأسس على شروط ومقومات العلاقة بين المرشد والعميل وما تتضمنه من ثقة وسرية واستماع عاطفى وغيرها، وهذه الخدمات هى خدمات منظمة يحدد القائمون بها وفق خطة وتوقيت، ويحدد فى الغالب مرشد أو أخصائى بعينه للتعامل مع العميل وفى أوقات يتفق عليها بينهما، وإذا كان هناك تغير فيمن يرشد أو يساعد وخاصة بعد المقابلة الأولية فيتم إعلام العميل بذلك. أما أرقام الهواتف فهى محدودة ومعروفة كجزء من النظام الكلى لتوزيع الخدمات فى المجتمع.

على هامش الحلقة النقاشية

عرض حالة إيضاحية عملية
عن (خدمة الخط الساخن)

بإدارة الدكتور/ بدر بورسلى
والأستاذة/ عبلة عبد الهادى.

يتكلم الدكتور بدر كأنه على الخط الهاتف، والأستاذة عبلة على الخط المقابل.

- ألو
- ألو
- ألو دكتور، أرجوك ساعدنى أنا خائفة، ولاأستطيع السيطرة على الأفكار التى تراودنى، لا أريد الموت.
- ماهى المشكلة يا أختى؟
- أنا أحس أن أفكاراً تراودنى أنى سوف أموت ولاأريد إعادتها.
- منذ متى بدأت هذه الأفكار تراودك؟
- منذ زمن.
- ما التغيير الذى حدث اليوم؟
- أنا وحدى جالسة فى البيت، أحس بملل، وأنى ليس لى قيمة فى المجتمع، وأحاول الانتحار.
- يبدو أن الموقف صعب، وصعب عليك التعامل معه.
- لاأستطيع .. أحس بضيق.
- أختى ما المشاعر التى تدور فى بالك الآن؟
- أحس بإحساس غريب.
- هل تستطيعين إخبارى بأن هذا الشىء حصل بسبب شىء فى حياتك أو حصل فجأة؟
- هذا منذ زمن، والضغط على فى البيت والمدرسة، ولم أجد الحنان

من أهلى، لاأحد يهتم بى.

- يبدو أن عملية الاهتمام بك مؤثرة عليك.

- لكن فى اليوم الثانى طلبوا منى إعداد الأكل، أحسست بدوخة وتعب، أعادونى للمستشفى، وأحس بالقهر والتعب، وأريد أن أعرف لماذا؟

- أختى لو حاولت التفكير بطريقة أخرى، وهى محاولة الحصول على الحنان منهم، ألا تعتقدين أن هناك أشخاصاً سوف يساعدونك؟

- نعم لقد حاول عمى لكن أبى قال هذه ابنتى وليس لأحد دخل فيها، والاخصائية كذلك، والدكتور فى المستشفى، إلا أن أبى عاقبنى بقوله إننى فضحته.

- ألم تحاولى الوصول إلى تفسير من ذاتك؟

- ماذا تعتقدين أن أباك يريد الوصول إليه؟

أنا أسمعهم يتكلمون عن أمى ويخافون أن أصبح مثل أمى ويقول إنها متوفاة.

- هل حاولت مع الذين ساعدوك لتفهمى سبب موت أمك إن كانت حقاً ميتة؟

- تصور إذا اتصلوا بأبى من المدرسة يقول لهم: لتمت

- من هم الناس الذين يستطيعون إقناعه؟

- هذا لاأعرفه، ولهذا اتصلت بكم..

- هل لايستطيع عمك والاخصائية الاجتماعية إقناع أبيك بالاهتمام بك؟

- نعم.

- حاولى معرفة أى شخص يستطيع إقناع أبيك بالاهتمام بك وخاصة من الذين تعرفينهم.

- ليس لى حتى صديقات، فكيف أعرف؟

- هل حاولت عمل شىء آخر غير الانتحار والتخلص من حياتك؟

- حاولت ولكن لا أريد الموت، وكانت لحظة ضعف منى أن شربت هذا الشىء لأجذب انتباهم ولاأريد سوى أن تتحسن معاملتهم لى ولا

شيء غير ذلك.

- باعتقادك ما الطريقة التي تقنع أباك؟

- أنتم. أنتم الذين سوف تكلمونه.. لماذا يعاملني بهذا الأسلوب السيىء؟. وتصور آخر مرة كنت بالمستشفى عندما قال له الطبيب إنك سوف تفقدها؟ جلس بجانبي وأخذ يطعمني ويريد أن يقول لي إنه يحبني ولكنه لايستطيع قولها، وهنا تمنيت أن أبقى في المستشفى للجلوس معه أكثر، لكنه يريدني أن أطلب من الطبيب الخروج من المستشفى، وعندما خرجت عاد يعاملني كما كان ولم يتغير شيء أريدكم أن تساعدوني.

- هل باعتقادك أننا نستطيع؟

- هذا هو الحل الوحيد الذي أجده.

- ما الأحاسيس التي تنتابك الآن؟

- أحس الآن بشعور أفضل من بداية الاتصال، وأحس أن هناك شخصاً يفهمني ويشاركني الشعور، ويمكن إبعادي عن فكرة الانتحار.

- ماهي الخطوة التالية التي تريدين عملها؟

- أن أذهب وأجلس على سجادة الصلاة وأقرأ بعض الآيات من القرآن الكريم، لتخفيف بعض الضغط علي.

- كل ما أريده الآن أن أطلب منك أن تفكري في الكلام الذي قلته لك، ومن هم الأشخاص الذين يستطيعون مساعدتك. وما الأساليب التي تقنع والدك بالسؤال عنك والاهتمام بك. وسأكون موجوداً بعد خمسة أيام في نفس الوقت.

انتهت المحاورة.

مناقشة عامة عن الحالة العملية

د. بدر:

كما رأيتم إن الحالة صعبة جداً، وكنت مستعداً لأي مفاجأة من الأستاذة عبلة في المحاورة، وقد تكون حصلت بعض الأخطاء في ردود الفعل، أرجو من الأخوة إعطائي بعض التعليقات على المحاورة.

د. غالى:

يجب أن نبرز أولاً أنها كانت تخشى كونك أحد الأعداء، أو ستصبح أحد الأعداء، وتضعك فى مركز الأب النابذ، فهى تريد صدراً حنوناً ولاتريد أكثر من ذلك.

كنت أود أن تتطرق إلى الإخوة، وهل يعاملونها معاملة حسنة، وهل عن طريق حسن معاملة أبيها لإخوتها تستشف عدم اهتمام أبيها بها. فى المحاورة حصل تفريغ وكان له دور فى تخفيف التوتر، وهذا يبرز أهمية التفريغ الانفعالى، وكما قلت ليس الغرض من الاتصال الاستشارة ولكن إعادة تأهيل الشخصية، فمن خلال فهمك لمشاعرها وإصرارها على الشكوى ومثابرتك على الاستماع هذا دليل على تفريغ الشحنة الانفعالية.

والمهم أيضاً أنك أعطيتها فرصة أخرى وأنك سوف تكلمها، وأن ما قالته لا يمثل أى تهديد لها، ولن يعرف به أى شخص آخر، مما يجعلها تثق بك، وهذا يدل على أن الاتصال الهاتفى كان مفيداً للغاية.

د. طلعت منصور:

هنا لدينا حالة توفر الكثير من العمل الاكلينيكى، وهى الجهود المبذولة لجعل الحالةتطلب الخدمة النفسية، فهى حالة واضحة فى دافعيتها إلى الخدمة وإلى تلقى المساعدة من خلال الإرشاد عن طريق الهاتف: فالحالة تبدى استعداداً واضحاً للتعبير عن مشكلتها رغم أنها فى البداية تنزع إلى المقاومة فى الكشف عن الذات: وهذا طبيعى.

نحن أمام حالة تشعر بالإهمال وغياب الأم وتغير المعاملة، والتى نتج عنها نوع من الإحساس بالأسى واللامعنى، وأنها لاتريد الحياة، وهذه الحالة من الاكتئاب. ويلاحظ هنا نوع من أفكار انهزامية - أنا أريد أن أموت - لاأستحق الحياة - الإحساس بالعدمية، وبالتالى هى تريد الموت، وفى نفس الوقت تسعى للمرشد لأنها تريد الحياة. حالات الاكتئاب تستلزم منا مدخلاً فعالاً، والأخذ والعطاء ربما يوفر الكثير من الجهود.

نقطة هامة وهى أن الحوار بين المرشد والمسترشد كان قائماً على أساس ما يعرف بـ "الأسئلة المقيدة" التى لا تستخدم إلا لطلب معلومات عن جانب معين.

(وهذا النمط من الأسئلة، كان من الممكن استخدامه فى الحصول على المعلومات الأولية عنها وعن أسرتها)، ولكنها لا تفيد فى تفريغ الانفعالات والتعبير عن المشاعر والأفكار، أى لاتفيد كثيراً فى عمليات وديناميات الكشف عن الذات وبالتالى الاستبصار بالمشكلة.

أيضاً هذا الحوار كان ضاغطاً وسريعاً بحيث إن الكل كان يلهث وراء تسارع الحوار. وهنا يفضل استخدام "الصمت" أحياناً كأسلوب لتهدئة سير وإيقاع هذه المقابلة الإرشادية (PACING) لاستيعاب خبرات الحوار من الجانبين وللبحث عن إيضاحات أعمق وأوسع للمشكلة. ويا حبذا أيضاً لو استخدام فى هذا الحوار إعادة صياغة عبارات الحالة وتلخيص المشاعر وانعكاسها كأساليب يستخدمها المعالج.

عند سؤالها اذكرى لي ما الأفكار التى تراودك فى هذه اللحظة؟ هنا نلاحظ فى إجابتها إحساساً باليأس والرغبة فى الموت، وتلازم هذا أفكار انهزامية وأنها لاتعيش حياة فاعلة. وبحثنا هنا عن أقارب - إخوة أو أعمام غير مجد، والمفروض أن أبحث عن مصادر من نفس الحالة، وهل حياتها كلها فشل وخالية من النجاح؟ وهل لا تجد أى علاقة إيجابية مع أى شخص كان؟ طبعاً هذا مستحيل، فلابد أن تكون هناك جوانب مضيئة فى حياتها، نريد ان نوقظها ونبحث فيها، ونبعث فيها الحياة، لأن البيئة الأسرية التى تعيش فيها توحى بالإحباط، ومن ثم لابد من البحث فى داخلها لإنماء الحالة وإمكانية المواجهة، والبحث عن مصادرها الشخصية، وأى مواقف نجاح وسرور فى حياتها. كان لابدأن أتركها مع نفسها. وذلك لتستبصر ما لديها من قوى أومصادر أو مهارات لمواجهة تأثير هذه الظروف الأسرية عليها سواء مصادر من داخلها أى إمكاناتها الشخصية أو من خارجها أى من البيئة. وهذه المصادر هى الركائز التى اعتمد عليها كمعالج فى استثمارها وتوظيفها فى إدارة العلاج وفى مساعدتها على التعامل مع مشكلتها.

د. شعلان:

دكتور بدر لقد تصرفت بصورة تلقائية، والمسرح النفسى التلقائى من أخطر الوسائل لإظهار المشاعر الحقيقة وتعديلها. فى رأيى أنه كثيراً مانخطىء فى السؤال مع إمكانية استبداله بعبارة لاتوحى للمستمع بأنك محقق وإنما تشاركه المشكلة وهذا شيء ممتاز. فلو أنك حولت الأسئلة إلى عبارات وأنك تشعر بما تشعر به هى تكون هذه المشاركة أول خطوة فى العلاج.

الأمر الآخر هو قولك لها ابحثى عن شخص آخر يساعدك. وكأنك تقول لها اذهبى عنى وأنت حمل ثقيل علىّ. كان يجب التركيز على أن أباها يحبها ولكنها لا تستطيع الحصول على ذلك الحب.

وكان يساعدها لو أنك قلت لها ما اسمك؟ ليس هذا فضولاً ولكن يكون الكلام بنبرة، لأن القلم يجعلك تبدو كمحقق لكن لو وضعت القلم لوجدت الحزن وأن نبرة صوتها تتغير بحيث تتكلم معها كأنك معها. وأن عليها أن تقول كل يوم إن أبى يحبنى ولكنه لايستطيع إخبارى، ولاتساعدها على التكلم مع والدها بهذا الموضوع وإنما بكيفية جعلها تحبه وتشعر بأنها تحبه، وأنه عندما يراها يتذكر المرأة الأولى التى كان يحبها والتى نسيها وهذا النسيان يشعره بالذنب، هنا أعطيها الحب والمشاعر الإيجابية وأعطيها القوة بحيث تعطى الحب لأبيها المحروم من الحب. وأعطيها شعوراً بأن طلبات الأب والأبناء بسبب شعورهم بأنها الأم وأنها امرأة ذات مكانة ومهمة فى حياتهم. ألا أنهى المكالمة إلا وأنا أجد شيئاً إيجابياً فى نفسها، وأطلب منها إنماءه.

متحدث:

شعرت أن هناك حالة من التحقيق، سؤال وجواب، والمفروض أنها مقابلة، ولم أعرف إن كان لها أخوات من نفس الأم أم أنها وحيدة، كنت أود معرفة سن موت الأم وكيفية موتها، وسن الحالة نفسها، لأنها فى مرحلة المراهقة وإدراكها يختلف، فمن الممكن أن يقدم لها الأب

شيئاً وتفهمه هى بصورة أخرى.

يجب التعرف على الإيجابيات لنستطيع أن ندفع بها بعض السلبيات، وهنا لم أعرف الإيجابيات، لهذا أقول انها بحاجة لدراسة كاملة، وهنا السؤال، هل ستكون بواسطة الهاتف هذه الدراسة؟ لأن هناك حاجة للمقابلة مع الأب والتنشئة الاجتماعية وهناك أكثرمن نقطة يجب التعرف عليها.

د. غالى :

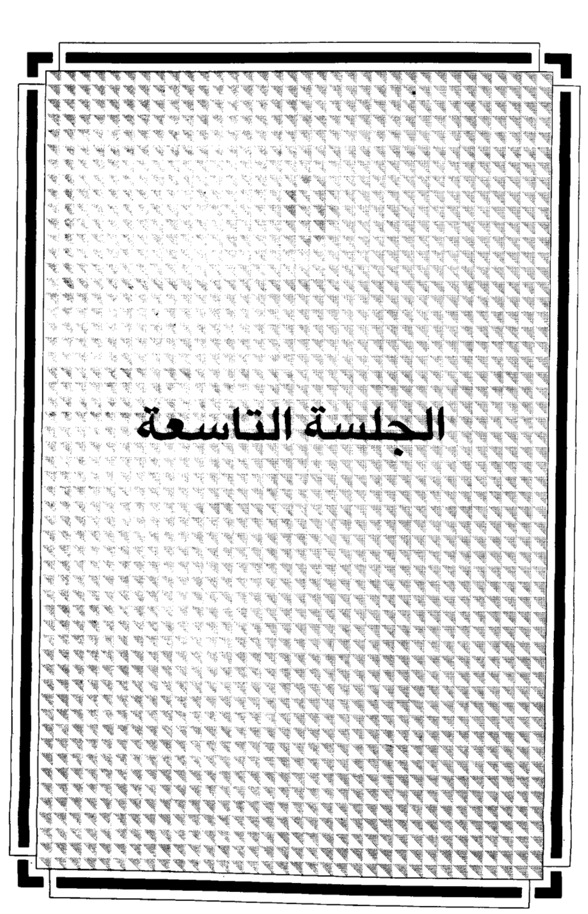
كانت هذه المقابلة ابتدائية، وإننا نريد أن نحول النواحى السلبية إلى نواحى إيجابية، وأن خدمة إخوانها شىء جيد ولطيف، وهناك شىء صغير نستطيع أن نبنى عليه هذه الإيجابيات كقضية إطعام أبيها لها الطعام فى المستشفى، فنحول هذه النقطة لشىء إيجابى.

أ. عبلة:

لقد كنت منفعلة، ولم أكن أشعر بالتفاعل مع المعالج الذى كان يكلمنى، كنت أريد تفاعله مع حالتى، كان يسألنى ليكشف شخصيتى وليس لمساعدتى، وشعرت أنى كأى حالة من الحالات التى تردإليه، ولاحظت عدم الاهتمام.

د. بدر:

أنا أعطيتها فرصة لتفكر، بعد ذلك فى المكالمة التالية ومن خلالها إجابتها أرى حاجتها كحالة وأتفاعل معها أكثر من المكالمة الأولى.



الجلسة التاسعة

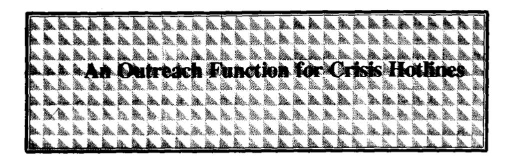
9

وظيفة الخط الساخن فى حل الأزمات

AN OUT REACH FUNCTION FOR CRISIS HOTLINES

رئيس الجلسة : د. نورية الخرافى

المتحدث الرئيسى : د. جيمس كرستوفر أنتونى



1. Field Stations for Public Health Research:

Peace be upon you:

To begin, I should like to thank my hosts here in Kuwait and especially Dr. Fahd al-Naser of S.D.O., who have made it possible for me to visit Kuwait and to talk with you about a scientific basis for providing hotline crisis counseling services. This is my first visit to Kuwait and I am happy to be here to assist in your planning of services and research designed to reduce the emotional, psychological, and social suffering due to the Iraqi invasion of Kuwait. Again, I thank you.

In this introduction, I should mention also that I have had the benefit of assistance from students and faculty of AL-Azhar University in Cairo, not only when I visited Al-Azhar University as a visiting professor just one year ago, but also since that time, when student of Alazhar University have come to my Johns Hopkins University to study with me. These students have been a good link between my University and the Middle East, Introducing us to the scholars in psychiatry here in your region, including our esteemed colleague, Professor Dr. Shamlan, who is here with us today.

These students, sent to study with our University faculty members by professor Shamlan, Professor shawy, and others at Al-Azhar University, have helped me and the members of my department in our efforts to understand the special needs of psychiatric patients and the other public health problems in this part of the world. The names of these students are Dr. Mohamed Badawi, Dr, Mohamed Hussein, and Dr. Abdul Karim al Ibrahim, and as I speak with you today, I shall try to keep in mind what they have taught us about your psychiatric patients, your variety of rich cultures and powerful history here in the cradle of civilization, and the strength of Islam and religion in your daily lives.

If you will keep in mind that I am a novice on these matters in the Middle East, you will appreciate that I am still learning about Kuwait, the form of suffering its people have endured in the after math of the Iraqi invasion and the opportunities for relieving this suffering through mental health and social services. I believe that it will be neccessary to tailor the organization of these services to the mental health needs of your people here in Kuwait. In my view, these needs cannot be known fully unless we do more than listen to the suffering of those clients or patients who come to us, either as in patients, ambulatory out-patients, or callers to a telephone hotline.

By stating this, I do not wish to convey a lack of sensitivity to those patients who come forward and present themselves for relief of pain and suffering. I understand from your Health Minister that each day more than 40.000 patients are seen in the medical clinics of Kuwati. I suspect each day for social or emotional problems outside the medical clinic. These patients and clients deserve our compassion and the best care we can provide. These patients and clients must be restored to mental health and physical health, with fully adaptive functioning in the family and home, at work or school, and in the community. To say it again, they deserve our compassion.

Having said this, I must bring to mind a basic principle of epidemiology and public health. This basic principle goes by the name of the "iceberg" and I will remind you that the iceberg lies mainly below the surface of the ocean water. What we can see above the surface of the water is no more than a fraction of the total mass of the iceberg. So it is also with many human diseases, and especially with the psychiatric disorders and disturbances of mental health. The patient's who come to hospital or clinic, and the clients who call a hotline are no more than the lop of an iceberg. These patients and clients, whom we can see in the clinic or whom we can hear over the telephone, are important and deserve our compassion, but the great mass of human pain and suffering is not

crossing the threshold of our clinical services. This great burden of pain and suffering, including the emotional and psychological and social aftermath of the Iraqi invasion, is in the minds and behavior, in the hearts and daily lifes of the Kuwaiti people who do not come to us or call us for help. These consequences of the Iraqi invasion, which are not apparent if we view only the patients and clients known to us, must be faced. These consequences of the invasion represent the bottom part of our "iceberg" of human reeds for mental health and social service. We will not address these needs if we wait in our clinic contact us in person or by telephone.

It is in this context that I speak of an "outreach function" for a hotline crisis counseling service. Through outreach, we can get to know the size of these unmet needs, but also the character of these needs. In this way, we can use new knowledge of these unmet needs to design and deliver new services that will address these needs, and ther by reduce that great mass of suffering that exists in the Kuwaiti people who do not now contact us for relief. This people, who do not now contact us also deserve our compassion and the best restorative care we can provide.

It is fair to ask how the hotline service can obtain the resources and time to carry off on outreach function. It is true that in the early days of a hotline's existence, the hotline staff often

must deal with a flood of new contacts and referrals. This is especially true when the hotline is performing to the highest level, not only making a referral, but also following-up and making sure of an effective linkage between the new client and the appropriate clinician or service.

In these months, it is quite likely that the outreach function should be established and maintained in no more than an embryonic stage of development. This might involve a combination of: 1) compiling statistics about the patients and clients who call the hotline, making sure that the needs of these contacts are well-described and enumerated, and: 2) having a single hotline volunteer use the telephone for a random-digit dial random sample survey to make contact with that great mass of suffering not contacting the service. Alternately it might be more helpful to join the hotline statistical reporting function with a separately administered longitudical survey of mental health needs of the Kuwaiti people. I know that Dr. Moiara Ruessen has spoken with you about this type of longitudinal study in a past seminar on the aftermath of the Iraqi invasion.

Either alternative may be used in the early stages of a hotline service while the volume of new contacts is very large. None the less, it is often true that the volume of new contacts follows an epidemic corve, and after a time, the hotline staff is faced with a

declining number of new patients and contacts. During this stage of hotline development, the hotline staff must face the problems of chronic callers, whose needs, often facility that involves face to face contact on a continuing basis.

This time of declining new contacts often represents a passage through new stages of hotline development. Morale of hotline staff can suffer in these stages, and there is a search for new hotline functions, frequently expressed by having the hotline serve and increasingly broad profile of human needs. For example: what started as a hotline for drug-related emergencies or poisonings often has become a more generic, multipurpose youth emergency that serves all manner of health and human service.

In the present situation, we have been discussing the creation of a hotline service for post traumatic stress disorder secondary to the Iraqi invasion of Kuwait, as well as associated emotional, psychological, and social difficulties inflicted by this invasion on the Kuwaiti people. It can be predicted with confidence that the opening of a hotline to serve these needs will be followed, sooner or later, by a declining volume of new contacts.

I urge you to plan for this stage of hotline development from the very beginning and my proposal to you is that this will be a time to consolidate the identity of the hotline with a renewed

focus on PTSD and associated difficulties, as opposed to a re-specification of the hotline function in relation to a more generic, multi-purpose mission for improvement of human health and well-being generally. At that crossroads, and increased outreach function for the gotline can be focused upon cases of PTSD and other invasion-related needs that thus far remain unment needs. As you learn more about these unment needs, you will be able to follow the hotline services so that more new contacts are identified and the original identity is retained in relation of PTSD and war-related suffering.

Ofcourse, we all hope that the invasion related suffering will subside sooner than later. At that time, some years from now tne outreach function of the hotline service will show that it is time to move onward, and either to close the PTSD hotline, or to re-consolidate if identity in relation to one or more broad services, or to re-define its function so that it will serve as a multi purpose service unit within a more comprehensive mental health and social service system for the Kuwaiti people.

To re-cap and sumarize the main points of my presentation, I would like to underscore a need for you in Kuwait and for all of us to gain a more complete appreciation of the invasion-related post-traumatic stress disorders and associated emotional, psychological, and

social consequences of the Iraqi invasion, now suffered by the Kuwiaiti people. This more complete understanding will require focused study of suffering and pain of people who do not come into contact with hotlines or clinics or hospitals in addition to the study of those who are in contact with your services.

There are now scientific methods that can be used to understand the full scope of this suffering, which like an iceberg, rides only partway into the field of our ordinary vision. These scientific methods include the use of ransom-digit dialing telephone surveys, with standardized assessments of PTSD and other mental health problems, as well as research designs for longitudinal follow-up surveys that will help us to understand the unmet needs of Kuwaiti people and to translate that understanding into the planning and delivery of more effective services.

In the United States, I'm now conducting several studies of PTSD and other psychiatric syndromes, using not only the telephone survey method as well as the longitudinal research design. I will be happy to share these experiences with you as part of our question and answer period, and I hope this will lead us to a more scientific basis for planning your PTSD hotline and related services.

Peace be upon you, and thank you.



أشكر زملائى فى الكويت، أعتقد أنه من المهم أن نطور الخدمات النفسية للمواطنين فى بلادكم، أولئك الذين نعتبرهم من المرضى الخارجيين، إننى أعرف أنه يأتى 40 ألف مريض لوزارة الصحة فى الكويت كل يوم، هؤلاء المرضى يجب أن يعودوا إلى حالتهم الطبيعية العادية، عندما أقول ذلك يجب أن أشير إلى أسس الصحة العامة.

إن هذا المبدأ الأساسى يسمى الجبل الجليدى، مانراه ليس إلا جزءاً صغيراً من الجبل الجليدى، هذا هو بالنسبة للأمراض النفسية عند الإنسان.

إن الذين يأتون للعيادات ليسوا سوى الجزء الصغير الذى يظهر من الجبل الجليدى، وهؤلاء بحاجة إلى رعاية.

هناك الكثير من الإفرازات نتجية الحرب العراقية، إذا انتظرنا هؤلاء الذي يأتون عن طريق الهاتف نكون قد أغفلنا الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى، يمكننا أن نعرف حجم هذه الاحتياجات، هذه الآلام فى أبناء الكويت تستحق تعاطفنا معهم، من العدل أن نسأل كيف تتمكن الخدمة من القيام بمهامها، لذلك عليهم مواجهة الكثير من المسائل... خلال الفترة الأخيرة علمنا أنه علينا أن نقوم بهذه الخدمة.

كل عام هناك آلاف من الكويتيين الذين يدخلون المرحلة الابتدائية، وهؤلاء قد تأثروا بالحرب العراقية بالنسبة لحالات الأطفال، لابد أن نعرف

ما بهم؟ وأن نتعرف على حالاتهم.. وأغلب الحالات عبارة عن أعراض صدمية.

بالنسبة لموضوع الخط الساخن، يمكن أن نتوقع الكثير من الثقة عند افتتاح الخط الساخن، إنه سيخدم الكثير من الأعداد ، ويمكن أن نركز على الآثار الصدمية والأمراض الناتجة عن العدوان والتى لم تتلق أى رعاية.

يمكن أن نعيد توجيه الخط الساخن، ونرجو أن نختصر المخاطر.

حوالى خمسة آلاف أميركى مازالوا يعانون من الأعراض بعد استخدام الخط الساخن، وهذا يبين أن الآثار لا تحل نفسها بسهولة، ونصف الحالات لاتزال تعانى من الآثار الصدمية.

المناقشات والتعقيبات

د. شعلان:

هناك الكثير من الحالات لحرب فيتنام مازالت موجودة، فهل فى حالة استمرار الحالات لفترات طويلة نواصل أم نقطع الخط الساخن؟

د. آنتونى:

شكراً للدكتور شعلان، أعتقد أن نتائج العدوان ستستمر لعدة سنوات، وعلينا ألا نقطع الخدمة وأن يواصل مكتب الإنماء عمله.

د. بدوى:

شكراً للدكتور آنتونى، هل تعتقد أن خدمة الخط الساخن طريقة ناجحة؟ وهل نفتح الخط لجميع الأفراد ؟ من هذه المعلومات نستطيع أن نجمع المعلومات ونخطط لها جميعاً، هل تعتقد ذلك أم لا ؟

د. آنتونى:

شكراً للدكتور بدوى، هذا اقتراح ممتاز، بهذه الطريقة يمكن أن نحدد الحالات.

متحدث:

شكراً للدكتور، فى الكويت بحوث قليلة أظهرت مظاهر (PTSD) والحاجة لأدوات خاصة لقياس (PTSD) والفرق بين مظاهره عند الأطفال وعند الكبار، هل تعتقد أن الخط الساخن قادر على اكتشاف حجم الـ (PTSD) ومظاهره؟ ونحن بحاجة لكشفه بعد العدوان العراق، إننا نجد صعوبة فى قياسه ومظاهره.

د. آنتونى:

شكراً للسؤال، وهذا يعطينا فرصة للتكلم عن تجربتنا فى بلتيمور، يقوم العاملون بإجراء مقابلة مع الأطفال، ويستخدمون نماذج للعلاج.

الوصول إلى المناطق البعيدة جزء من عمل الخط الساخن، وسيكون فى الكويت فى بداية العمل بالخط الساخن سيل من المكالمات، ولكن هذا السيل سينخفض مع الوقت.

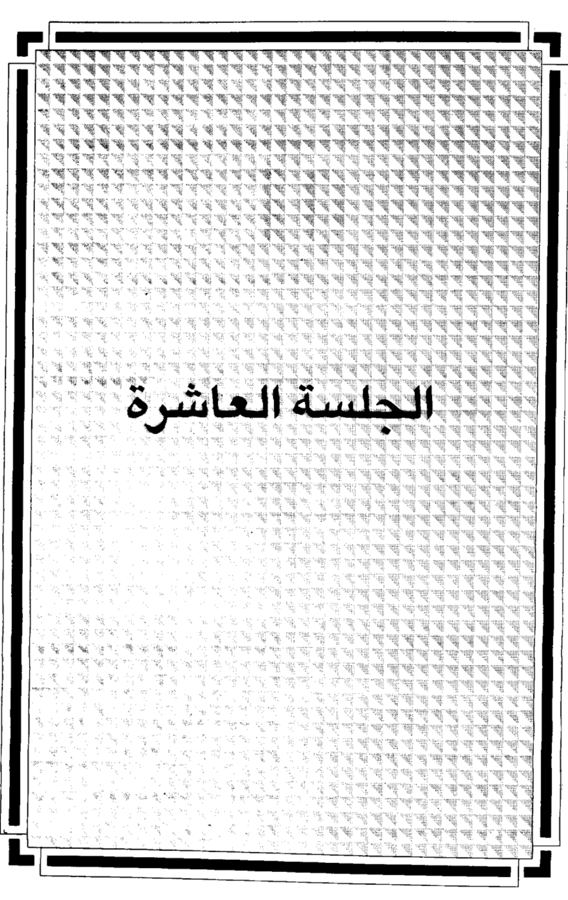
د. لطفى الشربينى:

قد تلقيت الإجابة على جزء من سؤالى، وقد تحدثنا عن جبل الجليد، إن ربع السكان يعانون من الخوف والتوتر وصعوبة التكييف والأداء الوظيفى، بالرغم من أن الكثير من الناس لايبوحون بما يشتكون منه، والخط الساخن يعتبر وسيلة فعالة لهؤلاء الناس.

هل يمكن أن تتطور الخدمة لتقديم خدمات أخرى لاتتعلق بالتوتر؟ إنما تتعلق بجوانب أخرى؟ التحدى الذى يواجهنا هو كيف نجعل الشخص يقبل التحدى الكبير، لقد استطاع الكثيرون التكيف مع العدوان العراقى فى المراحل الأولى، إن كارثة العدوان العراقى هى من الأمور التى جعلها المكتب جزءاً من البرنامج الذى يقوم به.

د. بدر:

أعتقد أن الدكتور آنتونى يؤكد على دورات مكثفة عن العدوان، وعن الجانب الإيجابى لآثار العدوان العراقى على الكويت.



الجلسة العاشرة

10

دراسة استطلاعية حول الخدمات الاستشارية الهاتفية

رئيس الجلسة : د. نورية الخرافى
المتحدث الرئيسى : أ. شريف المحبوب

البحث

إن الحروب والكوارث فى جميع بقاع الأرض وعلى مختلف مواقعها ينتج عنها الكثير من المشاكل التى تخلفها هذه الحروب والكوارث فتترك أثرها على حياة الأفراد، ونفسياتهم سواء كانت آثاراً اقتصادية، أو سياسية، أو اجتماعية، أو تربوية أو صحية وهى أهمها وأخطرها على حياة الإنسان، ذلك لأن الأنسان هو كتلة من المشاعر والأحاسيس والقيم التى تنتهكها تلك الحروب فتمزق كل ما بناه الإنسان فى حياته من قيم ومبادىء وأفكار عاش حياته يقدسها، فيصبح

نهباً لأفكار وقيم جديدة تولدت مع تلك الكوارث والحروب، ونحن نرى أن معظم الدول والشعوب المتقدمة تعمل جاهدة، وترصد الأموال لتشجيع العلوم والأبحاث العلمية التى تخدم الإنسان وتعمل على إنشاء المراكز ذات الخدمات المتطورة، والتى يمكن أن يلجأ إليها الفرد عند طلب المشورة كما هو الحال بالنسبة للشعب الكويتى.

لقد تعرضت دولة الكويت لعدوان عراق وحشى استمر قرابة سبعة أشهر متواصلة من القمع والقتل والتعذيب لدرجة لم تخطر على بال بشر.

ولكون المجتمع الكويتى مجتمع صغير كان تأثير تلك الكارثة عليه كبيراً فقد هزه من العمق وهاله ما أقدم عليه الأخ الشقيق من غدر وخيانة وانتهاك للحرمات، لذلك فإن الأزمة عندما حلت بالكويت تركت العديد ممن تضرروا نفسياً واجتماعياً نتيجة ما شاهدوه أو تعرضوا له شخصياً أو تعرض له أحد أفراد أسرهم أو أقربائهم. هؤلاء هم من عانى من جراء العدوان بالداخل أما الأسر التى اضطرتها الظروف للنزوح خارج البلاد فقد تركت خلفها الكثير ممن ترتبط بهم أسرياً وعاطفياً فكان تأثير ذلك على نفوسهم أشد من القتل والتعذيب.

ونتج عن ذلك العديد من المشاكل التى باتت تهدد كيان الأسرة الكويتية وترابطها، لتأصل الحقد والكراهية والخوف فى نفوس الكثير منهم، وعدم الثقة بالآخرين. ولكون الأسرة العنصر الأساسى فى بناء المجتمع علينا ايجاد الوسائل التى يمكن أن تسهم فى معالجة تلك المشاكل وتقديم العون لأبناء المجتمع رجالاً ونساء صغاراً وكباراً على حد سواء حيث أن بناء الأسرة يحتاج إلى إعادة بناء الفرد ونتيجة لتزايد المشاكل وبروز فئات جديدة فى المجتمع تحتاج إلى المساعدة نتيجة ظروف الحرب كان هناك مكتب الشهيد لخدمة أسر الشهداء ومكتب الأسرى ويقوم على خدمة أهالى الأسرى إلى حين

عودتهم ويتكفل بجميع الخدمات وتذليل كافة الصعوبات التى تواجههم فى الحياة

كما أنشئت العديد من المراكز العلاجية للمتضررين من جراء العدوان العراقى الغاشم صحياً أو نفسياً مثال (مركز الرقعى التخصصى) لكن القصور فى تجهيز هذا المركز وقلةالمتخصصين فيه وضعف الخدمات التى يقدمها لم يف بالحاجة التى ينشدها المواطن فى الكويت.

حيث إن الكثير من المواطنين إما أن يكون قد قصده ولم يجد العناية التامة، وإما أنه يتحرج من الذهاب أحياناً لحساسية الأمر بالنسبة له أو لعدم وجود الكفاءات ذات التخصص النوعى فيعرض عن هذه الخدمة فتبقى مشكلة أو معاناته دون علاج. لذا نرى أن معظم الدول والشعوب المتقدمة تعمل جاهدة وترصد الأموال فى سبيل تشجيع العلوم والأبحاث العلمية التى تخدم الإنسان وتعمل على إنشاء المراكز ذات الخدمات المتطورة والتى يمكن أن يلجأ إليها الفرد عند الحاجة لطلب المشورة.

ونحن فى الكويت وبعد خروجنا من كارثة العدوان العراق الوحشى وممارساته القمعية وانتهاكه حقوق الإنسان لسبعة أشهر متواصلة وما خلقته من ضغوط نفسية تركت آثارها على الكثير من أبناء الكويت.

علينا أن نقدم لهم العون باستحداث المراكز العلاجية المتطورة ذات التقنية العالية والمجهزة بأحدث الأجهزة والوسائل العلاجية الحديثة، وأن تضم هذه المراكز العناصر العاملة ذات الكفاءة الفنية العالية والتى يمكن أن يثق بها من يطلب المساعدة.

وللتوصل إلى أهمية هذه الخدمة فى حياة الأفراد خاصة من عانى بطريق مباشر أو غير مباشر من العدوان العراق.

أجريت هذه الدراسة الاستطلاعية والتى تهدف الى:

1- معرفة الآراء حول نوع الخدمة المرغوب فى توفرها عن اشتداد

الحاجة أو للاستفسار عن أى مشكلة يمكن أن تواجه أى فرد فى المجتمع وفى مختلف ظروف الحياة سواء كانت مشكلة صحية أو نفسية أو اجتماعية أو قانونية أو تربوية.

2- معرفة وجهة النظر فى تطبيق نظام الخدمة السريعة (الخدمة الاستشارية الهاتفية).

3- التعرف على أهم المشاكل التى برزت نتيجة العدوان العراق الغاشم.

4- تقديم المساعدة السريعة للمتضررين نفسياً وصحياً واجتماعياً وتربوياً من جراء العدوان العراقى.

5- معرفة مدى حاجة الناس إلى مثل هذه الخدمات إذا أتيح الجانب الميدانى للدارسة.

استبانة من تسعة عشر بنداً تتحدث عن:

- أساليب المساعدات المفضلة لدى عينة الدراسة.
- مدى إسهام الخدمات المقدمة فى حل المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية.
- مدى ثقة المستجيب من أفراد العينة للخدمات الهاتفية.
- مدى نجاح هذا النوع من الخدمة فى رأى المستفتى.

ثم أسئلة أخرى تخص المستجيب نفسه:

- تعرضه لأى من المشكلات الصحية بعد العدوان.
- زيادة مشكلاته الاجتماعية بعد العدوان.
- ظهور مشكلات نفسية بعد العدوان.
- التعرض للأذى الجسدى هو أو أحد أفراد أسرته أثناء العدوان.
- التعرض للأذى النفسى أثناء العدوان.

ثم أسئلة تتعلق بما يلى:

- ما إذا كانت هناك خدمات كافية لمساعدة المتضررين نفسياً واجتماعياً
- ما إذا كان للأطفال الصغار مشكلات

تربوية ذات علاقة أو صلة بالعدوان العراق.

مـــدى حاجة هــؤلاء الأطفـــال الى الخـدمة التشخيصية والعلاجيـة فى مواجهة المشكلات النفسيـــة نتيجـــة العدوان.

جدول رقم (2)

توصيف عينة الدراسة في ضوء الجنس والعمر

فئة العمر / الجنس	20-30		31-40		41 إلى ما فوق		المجموع
	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	3	12.5	15	62.5	6	25	24
أنثى	22	٪51	12	28	9	21	43
المجموع	25	37	27	40	15	22	67

جدول رقم (3)

توصيف عينة الدراسة في ضوء الجنس والجنسية

الجنسية / الجنس	كويتي		عربي		المجموع
	ت	٪	ت	٪	
ذكر	21	87.5	3	12.5	24
أنثى	42	98	1	2	43
المجموع	63	94	4	6	67

جدول رقم (4)

توصيف عينة الدراسة فى ضوء الوظيفة والجنس

الوظيفة	تجارة حرة		موظف حكومى		جهاز عسكرى		ربة بيت/ متقاعد		المجموع
الجنس	ت	٪	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	3	3	15	62.5	5	2	–	–	24
أنثى	0	–	35	81	–	–	8	19	43
المجموع	4	6	50	75	5	7	8	12	67

جدول رقم (5)

توصيف عينة الدراسة فى ضوء المؤهل العلمى والجنس

المؤهل	بعد الثانوية		دبلوم		جامعى		ما بعد الجامعى		المجموع
الجنس	ت	٪	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	12	50	6	25	6	25	–	–	24
أنثى	10	23	16	37	16	37	1	10	43
المجموع	22	33	22	33	22	33	1	1	67

جدول رقم (6)

توصيف عينة الدراسة فى ضوء الحالة الاجتماعية والعمر

الحالة الاجتماعية / الجنس	متزوج		أعزب		أرمل		المجموع
	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	19	79	5	21	-	-	24
أنثى	17	40	22	51	4	9	43
المجموع	36	54	27	40	4	6	67

جدول رقم (7)

توصيف عينة الدراسة فى ضوء المنطقة السكنية والجنس

المنطقة السكنية / الجنس	العاصمة		حولى		الجهراء		الأحمدى		الفروانية		المجموع
	ت	٪	ت	٪	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	7	29	5	21	5	21	2	8	5	21	24
أنثى	10	23	1	2	-	-	1	2	31	73	43
المجموع	17	25.5	6	9.5	5	7	3	4	36	54	67

جدول رقم (8)

يسأل عن الأساليب المفضلة في المساعدة

الأسلوب المفضل	مراكز إعلاجية		عيادات خاصة		خط هاتف		لا حاجة لذلك		المجموع
الجنس	ت	٪	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	1	4	1	4	22	92	-	-	24
أنثى	7	17	10	23	20	47	6	13	43
المحموع	8	12	11	16	42	63	6	9	67

بقراءة الجدول رقم (8) لوحظ أن 4٪ فقط من الرجال يفضلـون المراكـز العلاجيـة، يقابلهم 17٪ من النساء يفضلن هذه المراكز أيضاً، بينما بالنسبة للعـلاج فـى العيـادات الخاصة، فقد وافق على ذلك 4٪ من الرجال أمام 23٪ من النساء، أمـا بالنسـبة للخـط الهاتفى للاستشارات فقط فضله 92٪ من الرجال مقابل 47٪ من النساء.

جدول رقم (9)

هل تعتقد أن وجود الخدمة الاستشارية الهاتفية

تساهم في حل المشكلات النفسية والاجتماعية والتربوية في الكويت

المتغير	نعم		لا		لا أدرى		المجموع
الجنس	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	22	92	1	4	1	4	24
أنثى	28	65	7	16	8	19	43
المحموع	50	75	8	12	9	13	67

يلاحظ من الجدول الســابق أن 92٪ مـن الرجـال يعتقـدون بـأن الخدمـة الاستشـارية بالهاتف تسهم فى حل المشكلات النفسية والاجتماعية والتربويـة بـالكويت، بينمـا 65٪ من النساء ترى ذلك أيضاً.

جدول رقم (10)

هل لديك الثقة شخصياً بالخدمات الاستشارية

الهاتفية فى حالة توفرها بالكويت

المتغير	نعم		لا		لا أدرى		المجموع
الجنس	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	21	88	1	4	2	8	24
أنثى	26	61	10	23	7	16	43
المجموع	47	70	11	16	9	14	67

يتبين من الجدول رقم (10) أن 88٪ من الرجال لديهم الثقة بالخدمة الاستشارية عن طريق الهاتف، وذلك فى حال توافرها بالكويت بينما تثق السيدات بنسبة 61٪ فى هذه الخدمة إن وجدت.

جدول رقم (11)

هل تعتقد أن مشروع الخدمة الاستشارية الهاتفية

(الخط الساخن) يمكن أن يكتب له النجاح فى المجتمع الكويتى

المتغير	نعم		لا		لا أدرى		المجموع
الجنس	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	22	92	1	4	1	4	24
أنثى	28	65	8	19	7	16	43
المجموع	50	75	9	13	8	12	67

يتأكد لنا من الجدول رقم (11) أن مشروع الخدمة الاستشارية الهاتفية (الخط الساخن)، يمكن أن ينجح فى المجتمع الكويتى بنسبة 92٪ فى نظر الرجال وبنسبة 65٪ فى نظر النساء.

جدول رقم (12)

هل زادت مشكلاتك الصحية بعد الاحتلال؟

المتغير / الجنس	نعم		لا		قليلاً		المجموع
	ت	%	ت	%	ت	%	
ذكر	21	88	2	8	1	4	24
أنثى	30	70	5	11	8	19	43
المجموع	51	76	7	10	9	14	67

بالنظر فى الجدول رقم (12) نجد أن 88٪ من الرجال زادت مشكلاتهم الصحية بعد الاحتلال و 70٪ من النساء زادت مشكلاتهن الصحية أيضاً.

جدول رقم (13)

هل زادت مشكلاتك الاجتماعية بعد الاحتلال؟

المتغير / الجنس	نعم		لا		قليلاً		المجموع
	ت	%	ت	%	ت	%	
ذكر	22	92	1	4	1	4	24
أنثى	23	53	14	33	6	14	43
المجموع	45	67	15	23	7	10	67

تبين من الجدول السابق أن 92٪ من الرجال زادت مشكلاتهم الاجتماعية بعد الاحتلال، 53٪ من النساء زادت مشكلاتهن الاجتماعية كذلك.

جدول رقم (14)

هل ظهرت لديك مشكلاتك نفسية بعد الاحتلال؟

المتغير	نعم		لا		نوعاً		المجموع
الجنس	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	23	96	-	-	1	4	24
أنثى	20	46	14	33	9	21	43
المجموع	43	64	14	21	10	15	67

تبين لنا من الجدول رقم (14) أن 96٪ من الرجال ظهرت لديهم مشكلات نفسية بعد الاحتلال، وكانت نسبة النساء اللاتي ظهرت لديهن مشكلات نفسية بعد الاحتلال 46٪.

جدول رقم (15)

هل تعرضت أنت أو أحد أفراد أسرتك لأذى أثناء الاحتلال؟

المتغير	نعم		لا		نوعاً ما		المجموع
الجنس	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	21	88	2	8	1	4	24
أنثى	25	58	9	21	9	21	43
المجموع	46	69	11	16	10	15	67

بقراءة الجدول رقم (15) يتضح أن 88٪ من الرجال قد تعرضوا هم أو أفراد أسرهم للأذى أثناء الاحتلال بينما كانت النسبة بين النساء 58٪ فقط.

جدول رقم (16)

هل تعرضت أنت أو أحد أفراد أسرتك لضغوط نفسية أثناء الاحتلال

المتغير / الجنس	نعم		لا		نوعاً ما		المجموع
	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	23	96	1	4	-	-	24
أنثى	31	72	7	16	5	12	43
المجموع	54	81	8	12	5	7	67

يتضح من الجدول رقم (16) أن 69٪ من الرجال قد تعرضوا وبعض أفراد أسرهم للضغوط النفسية أثناء الاحتلال، وكانت النسبة بين النساء 72٪ من تعرضهن لضغوط نفسية أيضاً.

جدول رقم (17)

هل تعتقد أن هناك خدمات كافية لمساعدة المتضررين من الاحتلال نفسياً واجتماعياً

المتغير / الجنس	نعم		لا		قليلة		المجموع
	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	1	4	2	8	21	88	24
أنثى	5	12	51	16	37	21	43
المجموع	6	9	24	36	37	55	67

بقراءة الجدول رقم (17) يتضح لنا أن 4٪ فقط من الرجال اعتقدوا بوجود خدمات كافية لمساعدة المتضررين من الاحتلال نفسياً واجتماعياً، والنسبة عند النساء 12٪ بينما الغالبية تؤكد عدم وجود خدمات كافية حيث بلغت نسبة الرجال 88٪ ونسبة النساء 37٪.

جدول رقم (18)

هل لدى الأبناء الصغار مشكلات تربوية ذات صلة بالعدوان العراقى؟

المتغير / الجنس	نعم		لا		نوعاً ما		المجموع
	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	20	84	2	8	2	8	24
أنثى	25	58	7	16	11	26	43
المجموع	45	67	9	14	13	19	67

يتضح من الجدول رقم (18) أنه لدى الأطفال الصغار مشكلات ذات علاقة وصلة بالعدوان العراقى بنسبة 84٪ من الرجال، و 58٪ عند النساء.

جدول رقم (19)

هل يحتاج هؤلاء الأطفال إلى الخدمة التشخيصية والعلاجية فى مواجهة المشكلات النفسية نتيجة الاحتلال؟

المتغير / الجنس	نعم		لا		لا أدرى		المجموع
	ت	٪	ت	٪	ت	٪	
ذكر	23	96	1	4	–	–	24
أنثى	40	93	1	2	2	5	43
المجموع	63	94	2	3	2	3	67

بالنظر إلى الجدول رقم (19) وجد أن الأطفال لديهم مشكلات ذات علاقة وصلة بالعدوان يحتاجون إلى الخدمات التشخيصية والعلاجية فى مواجهة المشكلات النفسية والتى ظهرت بنسبة 96٪ من الرجال، و 93٪ من النساء.

نتائج الدراسة الاستطلاعية:

باستعراض جميع الجداول وتحليل الأسئلة وإجاباتها يتضح أن هناك العديد من المشاكل التى يعانى منها المجتمع فى الكويت ويقابل ذلك عدم وجود خدمات كافية وقصور واضح فى المراكز العلاجية التشخيصية للمشاكل الصحية النفسية، الاجتماعية والتربوية.

ومن خلال ذلك يتضح أن هناك رغبة شديدة فى وجود الخدمةالاستشارية الهاتفية (الخط الساخن)

الخاتمة

سوف تكون نتائج هذه الدراسة الاستطلاعية معايير للدراسة الشاملة المفصلة لفلسفة وأهداف وأهمية الخدمات الاستشارية الهاتفية السريعة (الخط الساخن) أو ستحاول الباحثة تقديم التصور الكامل لهذا المركز واحتياجاته وتطلباته.

هذا وبالله التوفيق"

عرض البحث

إن الحروب والكوارث فى جميع بقاع الأرض وعلى مختلف مواقعها ينتج عنها الكثير من المشاكل التى تخلفها هذه الحروب والكوارث، فتترك أثرها على حياة الأفراد ونفسياتهم، سواء كانت آثاراً إقتصادية، أو سياسية، أو اجتماعية، أو تربوية، أو صحية وهى أهمها وأخطرها على حياة الإنسان، ذلك لأن الإنسان عبارة عن كتلة من المشاعر والأحاسيس والقيم التى تنتهكها تلك الحروب فتمزق كل ما بناه الإنسان فى حياته من قيم ومبادىء وأفكار عاش حياته يقدسها، فيصبح نهباً لأفكار وقيم جديدة تولدت مع تلك الكوارث والحروب.

ونجد أن معظم الدول والشعوب المتقدمة تعمل جاهدة وترصد الأموال لتشجيع العلوم والأبحاث العلمية التى تخدم الإنسان، وتعمل على إنشاء مراكز ذات خدمات متطورة، والتى يمكن أن يلجأ إليها الفرد عند طلب المشورة، كما هو الحال بالنسبة للشعب الكويتى.

بعد تعرض دولة الكويت للعدوان العراق الغاشم ونتيجة لما مر به الشعب من قتل وإرهاب أمام وداخل البيوت وخارجها، وأمام كبار السن والنساء والأطفال، وكانت نسبة المتضررين كبيرة من الشعب الكويتى سواء داخل الكويت أو خارجها وحصلت هناك تمزقات فى الشعب الكويتى.

من المتضررين أسر الشهداء والأسرى، وقد أنشئت الهيئات

والمؤسسات واللجان لخدمة هذه الفئات منها مكتب الشهيد لخدمة أسر الشهداء، ومكتب الأسرى الذى يقوم بخدمة أهالى الأسرى لحين عودتهم ويتكفل بجميع الخدمات وتذليل كافة الصعوبات التى تواجههم فى الحياة.

ولكن لا ننسى أن إعادة بناء الإنسان الكويتى والأسرة الكويتية يحتاج لبناء الفرد الذى تعرض لصدمات قوية مما أحدث له شرخاً بسبب التضارب الذى حدث للمبادىء والقيم التى انهارت أمام عينيه لذلك علينا أن نقدم للمتضررين العون باستحداث المراكز العلاجية المتطورة ذات التقنية العالية والمجهزة بأحدث الأجهزة والوسائل العلاجية الحديثة، وأن تضم هذه المراكز العناصر العاملة ذات الكفاءة الفنية العالية والتى يمكن أن يثق بها من يطلب المساعدة.

وللتوصل إلى أهمية هذه الخدمة فى حياة الأفراد خاصة من عانى بطريق مباشر أو غير مباشر من العدوان العراقى، أجريت هذه الدراسة الاستطلاعية التى تهدف إلى:

- معرفة الآراء حول نوع الخدمة المرغوب توفرها للإستفسار عن أى مشكلة وفى مختلف ظروف الحياة، سواء كانت مشكلة صحية، أو نفسية، أو اجتماعية، أو قانونية، أو تربوية.
- معرفة وجهة النظر فى تطبيق نظام الخدمة الاستشارية الهاتفية.
- التعرف على أهم المشاكل التى برزت نتيجة العدوان العراقى الغاشم.
- تقديم المساعدة السريعة للمتضررين نفسياً، وصيحاً، واجتماعياً، وتربوياً من جراء العدوان العراقى.
- معرفة مدى حاجة الناس إلى مثل هذه الخدمات إن توفرت.

وبعد إجراء الاستطلاع الذى وزع على مستوى الدولة، وجدنا أن معظم

الشعب الكويتى يتحرج من الذهاب إلى المستشفيات لتلقى العلاج النفسى أو الاستشارة.لذا نجد أن الاستشارة الهاتفية ستوفر الخدمة المطلوبة وستهىء الفرد الكويتى، وقد طالب بهذه الخدمة 92-96% من العينة التى أجرى عليها الاستطلاع.

وأكد بعضهم أن الثقة موجودة إذا توفرت أساسيات الخدمة المتطورة على مستوى الأخصائيين والمبانى، وعبروا عن قناعتهم بتوفر النجاح للخدمة الاستشارية لأنها توفر الفرصة لشرح ما يريدون من مشاكل أكانت نفسية أو اجتماعية دون حرج، وتقدم الخدمات والرد على المشاكل النفسية عبر الاتصال الهاتفى بسهولة.

المناقشات والتعقيبات

متحدث:

إن حجم العينة 67 التى أجرى معها الاستطلاع يعتبر قليلاً، فهل تصلح هذه العينة للحكم على اتجاهات الشعب الكويتى من ناحية طلب هذه الخدمة للإرشاد النفسي.

لايوجد تجانس فى حجم عينة الذكور والإناث.

يوجد فى الجداول رقم 2-3 بعض التكرار ويمكن دمجها.

توزيع الأعمار كان 20-30 ، وكان من الممكن وضع شريحة من الجامعة.

لماذا بدأ الاستطلاع بعد الثانوية مع أن الشريحة التى دون الثانوية تعتبر شريحة لابأس بها فى المجتمع.

لا يوجد تجانس فى المحافظات، العاصمة 25%، الأحمدى 4% (2) ذكور و (1) إناث هل هذا يمثل كل هذه المحافظة؟

أ. شريفة:

تم التوزيع عشوائياً ولم نقصد هذا التوزيع، واتضح بعد ذلك أن عدد الذكور أكثر من الإناث وهذا غير مقصود أيضاً، وما حصل أننا أردنا الحصول على إجابة موضوعية.

أما بالنسبة للوظيفة، فلكى نعرف مستويات التفكير والرغبات المختلفة أخذنا الغالبية العظمى وبتنوع الأعمال

من العسكريين والأعمال الحرة والمتقاعدين وربات البيوت.

أما بالنسبة للطلبة يجب أن نعرف رأى ذوى الخبرة سواء كانت فى الوظيفة أو فى الحياة العملية، ومن صالح الاستبانة أن نأخذ الغالبية العظمى التى تتراوح أعمارهم ٣٠ -٤٥ عام لتكون الاستبانة أكثر حكمة وتكون سليمة.

أما بالنسبة للمحافظات فنظراً لضيق الوقت وبعد المسافة بالنسبة للأحمدى، لم نتمكن من الحصول على عدد أكبر من السكان لأننا لم نتوجه إلى هذه المنطقة مباشرة.

وقد ذكرت فى نهاية البحث أن هذه الدراسة الاستطلاعية معايير للدراسة الشاملة المفصلة لفلسفة وأهداف وأهمية الخدمات الاستشارية الهاتفية السريعة.

د. لطفى الشربينى:

ملاحظة: كيف تمت عملية الاختبار للاستبانة؟ أقترح إعادة صياغة الاستبانة، وإعادة صياغة الأسئلة، ومحاولة إيجاد عينة أكبر، ومحاولة الوصول للناس بطريقة أفضل.

أ. شريفة:

إن المشاكل المطروحة هى ناتجة عن العدوان العراق للكويت، وأحب أن أوضح للأساتذة أن صيغة الأسئلة واضحة ومحددة، وهناك علاقة بين صغر المجتمع وكبر التأثر بالكارثة.

متحدث:

لا يمكننا الحصول على شخص ملم بكل الجوانب الاجتماعية والدينية والنفسية والقانونية. هل يجب أن يكون هناك تسلسل منطقى للأشياء؟ بمعنى، هل أقمنا المستشفيات والمراكز والعيادات؟ وهل وصلنا إلى هذا التسلسل فى الكويت حتى ندخل هذه الخدمة الاستشارية الهاتفية. توجد مشاكل فى الأسرة والمجتمع ومع الوالدين والزواج، وفى اعتقادى لايوجد حل لها.

د. جاسم:

فى أى دراسة إحصائية لابد من وجود بعض العيوب. هل يمكن ان يكتب النجاح للخدمة الاستشارية الهاتفية؟ وهل يمكننا الوثوق بها؟ وهل ستسهم فى حل مشكلاتنا؟ وهل سيتعامل معها المجتمع الكويتى ويستخدمها ويلجأ إليها؟

كانت الإجابات عن تلك الأسئلة كلها إيجابية من وجهة نظر حوالى 67 شخصاً فقط، وكانت هذه الدراسة سريعة جداً، ولم تأخذ الفرصة الكافية لنجاح أكبر.

أ. شريفة:

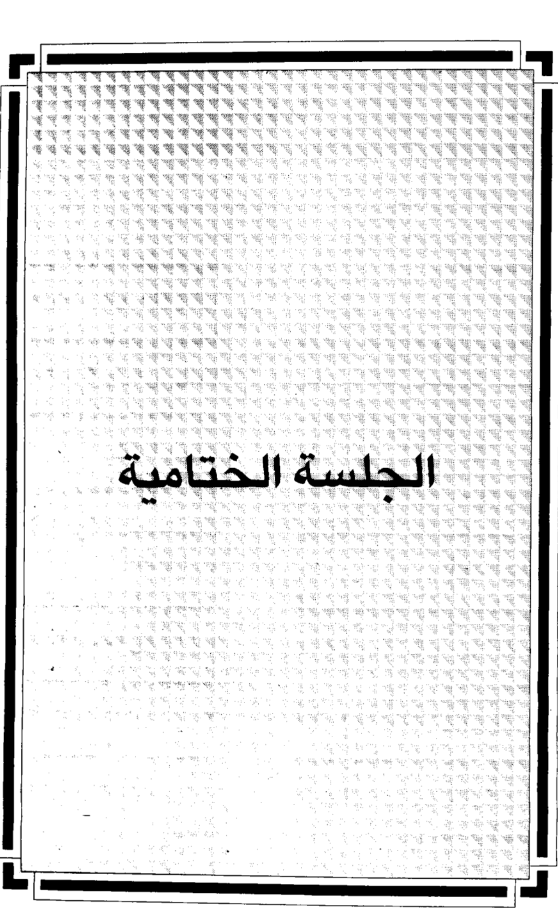
فى مجتمع أكبر من مجتمعنا يكون الضرر أخف، فنظراً لصغر حجم مجتمعنا كان الضرر قوياً جداً لأنه فى كل بيت وكل شارع.

بالنسبة للمراكز، هناك تقصير فى هذه الناحية، ولاتوجد الإمكانية الجيدة فى المراكز.

أما بالنسبة للعناصر المختصة، فيجب وجود متخصصين فى المراكز يقومون بالرد على كل استفسار أو مشكلة.

متحدث:

إن المناطق الخارجية كانت أكثر تأثراً من المناطق الداخلية، لأن العراقيين كانوا متمركزين فى المناطق الخارجية مما أدى إلى تضررها بشكل أكبر.



الجلسة الختامية

التوصيات

د. حسن مكى.

إن الخدمة الهاتفية الاستشارية قد تحقق خدمة أكبر لبعض الحالات، وهى بلا شك مهمة فى الوقت الحاضر لأنها توفر الوقت والمكان والزمان على العميل، وتعطيه نوعاً من الراحة والثقة مع الطبيب. من هذا تم التوصل إلى **التوصيات التالية:**

1- يوصى بالاطلاع على الخبرات الدولية السابقة فى مجال الخدمة عبر الهاتف.

2- دراسة الإمكانيات المتاحة سواء فنياً أو بشرياً ومحاولة تطبيق هذه الخدمة بشكل مرحلى ضماناً لاستمرارية المشروع.

3- مراعاة أن يكون دور من يقوم بالرد على المكالمات الهاتفية ليس الحل الجاهز فقط، ولكن محاولة الخروج الخروج باستفادة كبيرة جداً.

4- العمل على توفير قاعدة معلومات لدى مقدم الاستشارة، بحيث يقدم له جميع الحلول.

5- إيجاد قنوات اتصال عبر الهاتف والتى تسهم فى علاج المشاكل خارج هذه الخدمة.

6- الاهتمام ببرامج تدريب الإخصائيين العاملين على الخدمة الاستشارية.

7- التأكيد على أن نظام الخدمة الاستشارية قائم على التطوير ويمتاز بمرونة للتحسن والنمو، وذلك بعمليات التقييم والمتابعة عبر الهاتف.

8- الحرص على توفير عدد من

الخطوط الهاتفية والكوادر المدربة.

9- تشجيعاً للجمهور لتقديم الخدمة الهاتفية وإبرازاً للخدمة الهاتفية، يجب الإعلان عنها فى وسائل الإعلام والأماكن العامة.

10- يوصى بتوثيق المكالمات الهاتفية وذلك للمساعدة فى تطوير مثل هذه الخدمة.

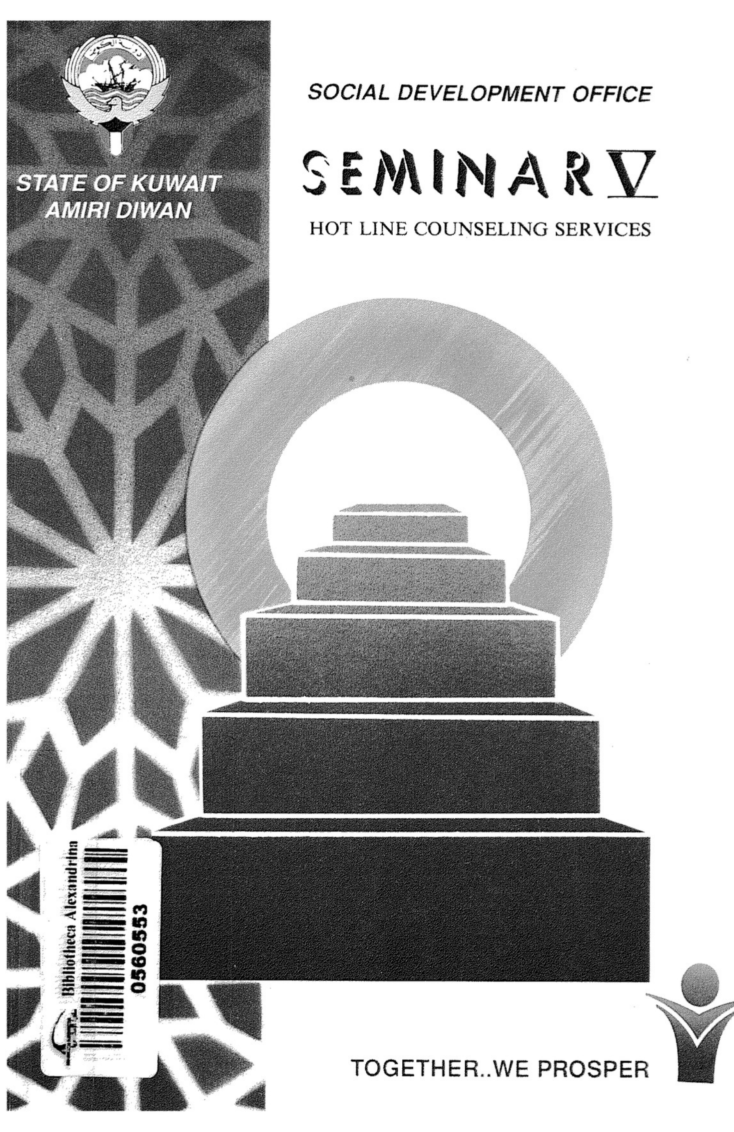
11- ضرورة تشكيل لجنة عليا من الخبراء والإرشاد التقنى والتربوى للعمل على ترشيد الخدمة وعملها كما يلزم.

STATE OF KUWAIT
AMIRI DIWAN
SOCIAL DEVELOPMENT OFFICE

SEMINAR V

HOT LINE COUNSELING SERVICES

12 - 15 DECEMBER 1993


STATE OF KUWAIT
AMIRI DIWAN
SOCIAL DEVELOPMENT OFFICE
SEMINAR V
HOT LINE COUNSELING SERVICES
TOGETHER..WE PROSPER